

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 52.

LES HERNIES ÉTRANGLÉES

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DANJARD

Né le 13 juillet 1885, à Cazouls-les-Béziers (Hérault)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

LES HERNIES ÉTRANGLÉES

PENDANT LA GROSSESSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 52.

LES HERNIES ÉTRANGLÉES

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul DANJARD

Né le 13 juillet 1885, à Cazouls-les-Béziers (Hérault)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		X...
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. LAROYENNE et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'une
profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de thèse :

Monsieur le Professeur FABRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

A MES MEMBRES DU JURY

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

INTRODUCTION

Au mois de juillet dernier, entrant à la clinique obstétricale de M. le professeur Fabre une femme de 35 ans, ayant eu déjà 7 enfants, et qui, au mois de février, au deuxième mois de sa huitième grossesse, avait été opérée d'une hernie crurale étranglée. Cette femme accoucha au commencement du mois d'août, à terme; à part cet accident, il n'y avait eu aucune complication durant sa grossesse, et la kélomie n'eut aucune suite particulière. M. le professeur Fabre, étant donné le peu d'observations relatives au sujet des hernies étranglées pendant la grossesse, nous proposa de rechercher dans la littérature médicale les faits de ce genre et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans ce travail, nous étudierons en premier lieu l'histoire de la question.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons le rôle de la grossesse dans la formation des différentes hernies.

Le troisième chapitre traitera de l'influence de la grossesse sur les hernies crurales, inguinales et ombilicales.

Au quatrième chapitre, nous exposerons les complications des hernies chez les femmes enceintes : irréductibilité et étranglement.

Au chapitre V, nous envisagerons les questions de gravité et de pronostic.

Dans un dernier chapitre, enfin, nous étudierons les indications opératoires et le traitement à suivre avec les résultats que l'on peut obtenir.

Avant de commencer l'étude de ce sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de la Faculté. Nous remercions bien sincèrement M. le professeur Fabre, et lui sommes bien reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse. Nos remerciements aussi aux docteurs Rhenter et Bourret qui, durant notre séjour à la clinique, nous ont prodigué leurs bons conseils. Nous adressons aussi nos bien sincères remerciements à tous les professeurs dans les services desquels nous avons passé nos matinées d'hôpital et où nous avons appris le meilleur de notre science. MM. les professeurs Teissier, Poncet, Vallas, Nicolas, Rollet, M. le professeur J. Courmont et M. Savy, médecin des hôpitaux.

Nous adressons aussi un remerciement à tous ceux qui, ou de près ou de loin, ont contribué aux succès de nos études. Nous n'oublierons pas les docteurs Teillier et L. Bonnet, et leur sommes reconnaissant des bonnes paroles d'encouragement qu'ils nous ont prodiguées. Avant de quitter cette bonne ville de Lyon, qui nous est et restera chère par les attaches que nous y laisserons, qu'il nous soit permis de remercier tous les parents et amis qui nous ont témoigné leur vive amitié durant le court séjour que nous avons fait parmi eux.

Nos sincères remerciements à la famille Courtinat, à mon beau-frère, M. Léon Orcel, et ma belle-sœur, M^{me} Orcel. Merci à MM. Eparvier, Perretière, Guille, au docteur H. Eparvier et R. Péliissier, à tous mes amis. Merci à tous.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si « presque toutes les femmes font remonter à leur grossesse l'origine de leur hernie » (Berger), il est assez rare de constater leur production pendant la grossesse. Nous verrons par la suite quelles sont les modifications que l'utérus en état de gestation apporte à la paroi abdominale, comment il la distend, dans quel état de relâchement, une fois délivré, il la laisse, et comment la production des hernies est relativement facile. Ce que nous voulons étudier aujourd'hui, c'est non pas la production des hernies chez les femmes ayant eu des enfants, mais la production des hernies pendant la grossesse, l'évolution de celles qui existaient avant, et les complications qu'elles peuvent entraîner. En étudiant attentivement l'histoire des hernies dans la littérature médicale, on est frappé d'en rencontrer si peu au cours de la grossesse, et est-il assez difficile de pouvoir étudier, à plus forte raison, les accidents occasionnés : leur irréductibilité et leur étranglement.

Il nous a semblé devoir être intéressant de publier avec les observations recueillies quelques études sur les hernies en général pendant la grossesse et sur leur étranglement en particulier.

En faisant l'histoire de la question et remontant presque au début du siècle dernier, nous trouvons une observation de Cooper en 1810, relatée dans ses œuvres, ayant trait à une hernie ombilicale étranglée.

John Paul, à Londres, opéra, au mois de juin 1837, une hernie crurale étranglée chez une femme enceinte, qui n'eut aucun autre accident durant le cours de sa grossesse, et accoucha heureusement. L'auteur relatant ce fait (*Gazette des hôpitaux*, 1837), dit avoir été témoin d'une herniotomie (hernie ombilicale) pratiquée sur une femme enceinte de 8 mois, sans accident dans la suite.

Dans sa thèse de Strasbourg, de 1869, Perrichot a effleuré la question qui nous occupe aujourd'hui en étudiant les hernies dans leur rapport avec la grossesse.

Jules Bœckel, dans un travail (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1894-1895) sur la cure de la hernie ombilicale donne quelques indications, mais il n'envisage pas la question hernie et grossesse.

M^{re} Komarowski, dans sa thèse inaugurale (Bâle, 1894) donne d'intéressants détails sur les rapports qui peuvent exister entre la grossesse et la hernie.

Fischer (*Deutsche med. Wochen.*, 1898) a pu grouper 26 observations d'étranglements herniaires chez des femmes enceintes.

De nos jours, dans sa thèse (Lille, 1900), de Rycker a repris quelques observations antérieures.

Plus récemment encore, dans sa thèse de Montpellier, 1912, Pantaloni a étudié la question : hernies et grossesse, reprenant quelques statistiques, publiant surtout des observations de hernies diaphragmatiques, qui sont en dehors de notre sujet.

Nous essaierons, après une vue d'ensemble sur la question, d'étudier les accidents que peuvent occasionner les différentes sortes de hernies chez la femme enceinte; quelle en est la gravité et si le pronostic du traitement de la hernie étranglée est plus grave du fait de la grossesse.

Mais, auparavant, sans trop sortir de notre sujet, nous faut-il étudier la grossesse dans ses rapports avec les hernies, son rôle dans leur production, les modifications qu'elle apporte à la paroi abdominale, afin que nous puissions nous rendre compte de leur rareté, partant de la rareté de leur complication en général, de la rareté de leur étranglement en particulier.

CHAPITRE II

Rôle de la grossesse dans la formation des hernies ; leur rareté pendant la grossesse

Tous les auteurs reconnaissent l'influence de la grossesse dans la production des hernies, et d'après les statistiques de Macready, de Berger, il est nettement établi que la proportion des femmes qui ont eu des enfants aux nullipares est bien plus élevée que la normale pour les femmes atteintes de hernies.

Et en effet, nous reportant à un tableau de Berger, qui, sur 2.229 femmes atteintes de hernies, opère la classification suivante :

Nombre d'enfants	Chiffre absolu	Proportion pour 0/00 hernieuses
0	350	160,6
1	257	114,4
2	252	112,1
3	229	102,1
4	203	90,1
5	203	90,7
6	218	97,7
7 et +	517	231,9

Nous voyons que les femmes ayant eu 7 enfants et plus et portant des hernies sont en plus grand nombre que

celles qui ont eu une multiparité moindre, et nombre d'auteurs s'accordent à dire que l'apparition des hernies, rares jusqu'à 25 ans, commence à augmenter progressivement pour arriver à un maximum entre 30 et 40 ans.

La grossesse favorise la hernie, mais si elle est un facteur étiologique important dans leur production, l'utérus une fois délivré, en est-il de même tant que le produit de la conception est dans la matrice, produisant son mouvement d'ascension jusqu'au terme où il sera expulsé?

Si, pendant la grossesse, nous regardons ce qui se passe dans la cavité abdominale, nous voyons l'utérus s'élever au-dessus du détroit supérieur, pour venir, à terme, remplir la cavité abdominale depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde. La peau tendue, luisante, présente de nombreuses vergetures; la dépression ombilicale subit un effacement progressif à partir du milieu de la grossesse. A terme, la peau de la cicatrice ombilicale est saillante au-dessus de la surface de l'abdomen; l'anneau ombilical est dilaté. Les muscles droits s'éloignent l'un de l'autre, et l'intervalle qui les sépare peut occuper, comme nous l'avons observé sur la malade qui fait le sujet de notre observation XXVI, une surface de 10 centimètres, au lieu de 2 à l'état normal. En outre, l'épaisseur de la paroi en ce point ne dépasse pas quelques millimètres. Par suite de cet écart, les fibres aponévrotiques sont affaiblies et forcées, incapables de résister à la pression venant de l'intérieur. Les orifices inguinaux et cruraux sont distendus et se laissent facilement dilater par les doigts.

L'action mécanique de l'utérus gravide agit aussi sur

le diaphragme, et les organes mobiles de l'abdomen : estomac, côlon, intestin, épiploon, sont d'ailleurs refoulés en haut et en arrière et pressés contre la voûte diaphragmatique. Le plancher subira des modifications aussi, et les points faibles situés en avant et en arrière du vagin pourront donner lieu à la formation des hernies pré et rétro-vaginales.

La grossesse modifie la texture et la solidité des parois, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles subissent la dégénérescence graisseuse à laquelle participe l'organisme de toute femme enceinte.

Ainsi donc, le relâchement des parois, la distension des orifices, l'augmentation de la pression intra-abdominale, la laxité des intestins, les contractions du travail permettront quelquefois le passage à travers une ouverture pré-existante ou néoformée d'une partie du contenu abdominal, donnant ainsi naissance à une hernie.

D'après ce que nous venons de dire, il semblerait que les hernies pendant la grossesse devraient être fréquentes, or, consultant les statistiques, nous voyons qu'elles sont excessivement rares pendant la grossesse.

En effet, Braun, dans le service de la Maternité de Vienne, de 1873 à 1899 (26 ans), n'a observé que 62 cas de hernies chez 75.659 femmes enceintes accouchées, soit 0,08 p. 100. Müller, à l'hôpital des femmes de Berne, a compté, sur 9.482 femmes enceintes ou accouchées, 35 cas de hernies, soit 0,04 p. 100. Aepli, dans le service hospitalier de Saint-Gall, n'en a observé qu'un cas sur 1.555 femmes, soit 0,06 p. 100.

Sur 2.229 hernieuses, que Berger examina, 290 accusèrent leur grossesse comme ayant provoqué la forma-

tion de leur hernie, 238 après la parturition et 18 seulement pendant la grossesse.

Freund n'en a rencontré que deux cas dans de longues années.

Hubert, de Louvain, n'en a pas observé 1 p. 100.

Kufferath, de Bruxelles, n'aurait observé qu'une pointe de hernie crurale chez une femme enceinte.

D'après M^{lle} Komarowski, sur 3.622 femmes accouchées et 50 enceintes, traitées à la Maternité de Saint-Petersbourg, de 1884 à 1891, 3 cas de hernies furent observés.

A Moscou, sur 3.828 femmes enceintes, observées de 1886 à 1891, on ne vit pas une seule hernie. A Karan, Lwoff ne vit pas une hernie sur 3.368 femmes enceintes. A Tiflis, Krukenstern n'en observa aucune sur 984 femmes.

Muratow en trouva une seule sur 128 femmes enceintes de sa clientèle privée.

En somme, sur 11.980 femmes enceintes observées dans ces diverses Maternités, on trouve 4 hernies, soit une proportion de 0,03 p. 100.

Si nous faisons le total des femmes enceintes examinées et celui des hernies observées pendant ces grossesses, nous trouvons, sur 100.905 femmes, 120 hernies.

On voit ainsi, par ces chiffres, combien est rare la hernie chez la femme enceinte.

Les hernies sont rares chez la femme enceinte, les statistiques le prouvent d'une manière évidente; après la grossesse elles apparaissent. Nous avons vu comment, l'abdomen étant relâché, leur production pouvait être facile. Mais que deviendra cette hernie dans le cours de

la prochaine grossesse, et pourquoi, si aucune hernie n'existe auparavant ne s'en formera-t-il pas ? Quelle est donc la cause de cette rareté, que toutes les circonstances anatomiques sembleraient favoriser ?

Si nous examinons les orifices inguinaux et cruraux, nous voyons qu'ils subissent, comme l'orifice ombilical, les effets de la distension du ventre; mais, à mesure qu'ils se dilatent pour offrir, en quelque sorte, une porte de sortie aux anses intestinales, l'utérus, en s'accroissant, refoule ces anses intestinales vers le haut, libère les orifices herniaires et vient s'appliquer contre l'orifice.

(Il n'en sera pas toujours ainsi, et soit qu'il se soit glissé une anse intestinale entre l'utérus et un orifice herniaire, soit qu'il y ait une adhérence, on observe des hernies crurales ou inguinales au cours de la grossesse.)

Quant à l'orifice ombilical, au début de la grossesse, l'utérus s'élevant dans la cavité abdominale tend, à cause de la lordose physiologique de la colonne lombaire, à venir s'appuyer sur la paroi abdominale antérieure, surtout dans la situation debout des premiers mois de la grossesse. Il y aura un espace libre en arrière et sur les côtés de la matrice. La pression abdominale poussera dans cet endroit les anses intestinales; au cinquième mois, l'utérus effleurera l'orifice ombilical. A ce moment, la hernie ne sera plus guère possible. Mais si pendant la grossesse la hernie est excessivement rare, en est-il de même après l'accouchement ? Certes non, car si pendant la grossesse l'utérus, refoulant l'intestin, ne lui permet que rarement la descente vers un orifice, après le travail, au contraire, l'intestin glissera au fur et à mesure que l'utérus lui fera place, et on pourra voir paraître une

hernie dans un des orifices. Ce sera pendant les suites de couches, quand la femme se lèvera, à l'occasion d'un effort, que la tumeur herniaire apparaîtra. Mais elles se produisent souvent très tard, encore est-il possible de les rattacher à une grossesse antérieure, comme nous pourrons le voir dans les observations rapportées plus loin. Ce qui nous fera dire, avec Berger, que beaucoup de femmes incriminent leur grossesse comme facteur de leur hernie.

CHAPITRE III

Influence de la grossesse sur les différentes sortes de hernies

Hernies crurales et inguinales.

« La grossesse dispose bien aux hernies crurales, mais elle dilate autant les anneaux inguinaux et avec d'autant plus de facilité que l'anneau interne est fort longtemps entretenu ouvert par le canal de Nück, et, en thèse générale, il y a, dans une époque donnée de la vie, au moins autant de hernies inguinales chez les femmes qui ont été enceintes, que de hernies crurales. »

Ainsi écrivait Malgaigne dans ses leçons sur les hernies. Et sans trop sortir du sujet nous est-il permis de nous demander quelles sont les hernies les plus fréquentes chez la femme enceinte.

Macréady, examinant pendant trois années les femmes se présentant à la Société des bandages de Londres, trouve que les hernies crurales sont aux hernies inguinales comme 31,6 est à 50,4.

Berger, faisant les mêmes calculs à Paris, trouve que ce rapport est de 32,7 à 46,6.

Chez la femme enceinte, il en sera de même, car si l'anneau crural se dilate, l'orifice inguinal le sera lui aussi.

M^{lle} Komarowski, dans une étude portant sur 35 femmes enceintes atteintes de hernies, trouve que les variétés se répartissent ainsi :

22 inguinales.

4 crurales.

9 diverses.

Ce qui vient prouver encore que les hernies inguinales sont plus fréquentes que les crurales.

Quelle influence la grossesse aura-t-elle sur ces hernies ?

« Les femmes qui ont eu des enfants, dit Cooper, sont plus exposées que les autres à la formation des hernies, c'est sans doute à cause de l'extension qu'ont subie les muscles abdominaux pendant la gestation, distension qui, après la grossesse, laisse dans un état de relâchement les parties situées au-dessus de l'arcade crurale. Lors du développement de l'utérus, durant la gestation, la hernie crurale disparaît ordinairement. »

« Nous voyons de temps en temps des femmes qui sont atteintes de hernie crurale et portant un bandage, viennent nous demander avis, car elles sont devenues enceintes et elles craignent des complications; on enlève le bandage et on ne trouve plus rien. Les hernies crurales et inguinales disparaissent en effet pendant la gestation, les anses intestinales sont refoulées vers les régions supérieures de l'abdomen par l'utérus gravide. »
(Budin.)

Ce qui confirme cette observation de Bryant, publiée dans *The Lancet*, mars 1861 :

« Une femme, porteuse d'une hernie inguinale depuis quatre ans, devient enceinte. A mesure que la forme du

ventre se modifiait, la saillie diminuait progressivement, et à la fin de la grossesse, elle avait totalement disparue. L'accouchement fut normal; mais peu après, la femme remarqua une petite tumeur qui, le quatrième jour, atteignit soudain, pendant la station debout, la grosseur du poing; cette hernie se réduisait d'ailleurs facilement. »

Ainsi donc, nous pouvons dire que, en général, la grossesse a une heureuse influence sur les hernies crurales ou inguinales, puisqu'elle les réduit, mais nous ne pouvons pas en tirer une conclusion ferme. Nous avons vu que, pour plusieurs raisons, énumérées dans le précédent chapitre, il pouvait s'en former pendant la grossesse. Cooper dit en avoir observé deux cas chez une femme enceinte de cinq mois et nous-même avons observé, à la clinique obstétricale, le cas dont voici l'observation :

« B... Jeanne, 23 ans. Antécédents héréditaires peu nets. Une sœur et un père bien portants. Pas de maladie de l'enfance. Régulée à 14 ans. Anémie à 17 ans. Une première grossesse est menée à terme, elle accouche à la clinique le 21 janvier 1911. Son enfant meurt de méningite à 7 mois $\frac{1}{2}$.

« Deuxième grossesse. Aucun accident jusqu'au commencement du mois de juin (6^e mois), où, la malade étant assise, ressentit une douleur dans la région inguinale gauche, en même temps qu'une tumeur, du volume d'un œuf, se formait. Une hernie venait de se constituer (hernie de faiblesse), car d'autre part on remarque, au niveau de l'ombilic, une éventration lorsque la malade contracte ses droits de 20 centimètres de long sur 10 centimètres de large.

La hernie fut contenue par un bandage durant la fin de la grossesse, qui arriva normalement à terme, et la hernie n'influença aucunement le travail. »

Hernie ombilicale.

Quant à la fréquence et à l'influence de la grossesse sur les hernies ombilicales, il ne fait de doute pour personne que la grossesse est un facteur étiologique important. Non le seul, car nous savons que l'obésité, en accroissant le volume de l'épiploon et du mésentère, fait éprouver à l'abdomen plus de difficultés à contenir les viscères qu'il renferme.

Quand les femmes qui ont eu plusieurs enfants, dit Cooper, prennent de l'embonpoint, les muscles abdominaux étant flasques, elles sont exposées, d'une manière spéciale, à la hernie. En troisième lieu, l'ascite peut prédisposer, par la suite, à la formation des hernies.

En somme, toutes causes qui peuvent provoquer le relâchement des parois, et la grossesse remplit ces conditions.

Nous ne serons pas étonné de voir, par conséquent, une prédisposition marquée pour les femmes qui ont eu des enfants d'avoir une hernie ombilicale.

Un coup d'œil sur quelques statistiques en donne une preuve évidente. A Vienne, sur 422 cas de hernie, on a trouvé 11 hernies ombilicales, dont 10 chez la femme.

A Londres, la Société des bandages a enregistré 344 cas de hernies ombilicales, sur lesquels 315 ont trait à des femmes.

La hernie ombilicale est donc fréquente chez la fem-

me, mais elle est rare pendant la grossesse; nous avons déjà montré, dans le chapitre II, comment l'utérus, venant s'appuyer sur la paroi abdominale antérieure, et effleurant, au cinquième mois l'anneau ombilical, empêchait dès lors la formation des hernies. Il est à croire, plutôt, que les hernies ombilicales passent inaperçues au début de la grossesse, à cause du peu de gêne qu'elles occasionnent et qu'elles disparaissent dans la seconde moitié de la gestation. L'ombilic se trouvant au milieu de l'espace distendu que forme la ligne blanche, obturé en dehors par une boule graisseuse et la peau, en dedans tapissé par le péritoine, est le point le plus faible de la paroi abdominale, ce qui faisait dire à Cooper, que si l'ouverture ombilicale n'était située dans un lieu où il ne s'exerce aucun effort, de toutes les hernies, l'exomphale serait la plus fréquente. Pour la hernie obturatrice, la grossesse a le principal rôle, dans la formation de cette rare hernie, car elle détermine le relâchement du péritoine et favorise le glissement de cette membrane sur les plans sous-jacents.

CHAPITRE IV

Complication des hernies

A. Irréductibilité.

En dehors de la grossesse, les hernies peuvent donner lieu à des complications, qui vont en allant de simples troubles à l'étranglement, d'abord des troubles fonctionnels consistant en douleurs dans la hernie, ensuite leur irréductibilité, et enfin l'étranglement.

Chez la femme enceinte, nous allons retrouver tous ces troubles et peut-être quelques-uns du fait de la grossesse. Si la hernie existait déjà avant la grossesse, elle pourra, chez la femme enceinte, devenir douloureuse, car nous savons que la grossesse favorise la constipation et le cours des matières ne s'effectuant pas normalement, dès lors, dans une hernie, pourra-t-il y avoir de l'engouement et de là à l'étranglement, il n'y a qu'un pas.

Si la hernie était irréductible avant la grossesse, il est évident que pendant la gestation elle le sera encore. Cooper cite le cas d'une femme enceinte qui avait une hernie qui dura pendant toute sa grossesse. Dans les derniers mois, elle était obligée de rester couchée sur le côté, et lorsqu'elle prenait une autre position, il y avait des si-

gnes d'irréductibilité. Cependant, l'irréductibilité simple est un accident relativement rare chez la femme, puisque, d'après les chiffres fournis par P. Berger, on ne la rencontre qu'une fois sur 28,8 hernieuses. Mais toutes proportions gardées, on la rencontre assez souvent chez la femme enceinte, surtout dans le cas de hernie ombilicale.

Comme causes principales d'irréductibilité, nous avons d'une part : la perte du droit de domicile des parties herniées dans le ventre, d'autre part, l'adhérence de ces mêmes parties au dehors.

L'excès de volume de la hernie est la première condition d'irréductibilité, et cette condition est rendue bien plus efficace par la présence dans l'abdomen de l'utérus gravide, qui tient une partie de la place qu'occupaient jadis les viscères. Il est donc certain que l'irréductibilité par perte du droit de domicile doit être plus fréquente chez la femme enceinte que chez la non-gravide.

La dernière cause d'irréductibilité est l'adhérence des parties herniées. L'épiploon étant situé au voisinage immédiat de l'anneau ombilical est le premier organe qui se loge dans le sac herniaire, sous l'influence de la pression abdominale; dans la plupart des cas, il remplit à lui seul cette cavité. Or, si la hernie, au début, est petite, elle passera inaperçue et ne sera pas réduite; si elle est reconnue, elle ne sera souvent réduite qu'incomplètement, or, cette membrane contractera des adhérences en un point quelconque du sac, souvent au pourtour du collet, et pour la hernie ombilicale, généralement en avant, vers la cicatrice.

L'irréductibilité des hernies est donc habituellement causée par des adhérences péritonéales et, le plus sou-

vent épiploïques (obs. 41 A et B.), provoquant la formation d'une sorte de symphyse herniaire, elle peut être aussi due au volume exagéré d'une hernie souvent très ancienne. La forme et la dimension de l'anneau peuvent aussi jouer un rôle important dans la pathogénie de l'hérédité. C'est ainsi que l'étrécitesse de l'anneau, en dehors de tout phénomène d'étranglement est une cause d'irréductibilité fréquente, signalée par quelques auteurs; de même les anneaux herniaires dilatés, la cicatrice ombilicale (en particulier) relâchée par les grossesses antérieures multiples, empêchent aussi la réduction facile et la contention des hernies. C'est souvent même la cause la plus fréquente.

B. Etranglement.

Scanzoni disait : « Si la hernie peut durer pendant toute la grossesse, jamais nous n'avons vu d'étranglement, ni dans ce cas, ni après l'accouchement. Nous n'avons même pas remarqué de manifestations menaçantes qui puissent être attribuées à la hernie, et Berger écrivait aussi qu'il y avait une sorte d'incompatibilité entre l'état de grossesse et l'étranglement. Pour toutes les raisons que nous avons énumérées plus haut, il est très facile de comprendre que l'utérus empêche la formation des hernies pendant la grossesse, mais si une hernie existe chez une femme enceinte, y a-t-il des raisons d'ordre anatomique ou physiologique qui expliquent la rareté de l'étranglement ?

Deux causes peuvent favoriser l'étranglement d'une hernie : 1° causes d'ordre mécanique ; 2° causes d'ordre physiologique.

1° Les causes d'ordre mécanique qui sont, d'abord, l'élasticité des anneaux sur eux-mêmes après la sortie de l'intestin et s'opposant à sa rentrée; compression du bout inférieur de l'anse herniée par le bout supérieur dilaté; coudure brusque de l'intestin sur l'arête vive de l'anneau herniaire, interposition du mésentère faisant office de coin...

2° Les causes d'ordre physiologique, qui sont la tension des parois abdominales, le spasme dû à la douleur des muscles de la paroi, et surtout les modifications anatomiques subies par le contenu de la hernie, dépoli de la séreuse, exsudat dans le sac et dans la cavité intestinale.

La grossesse empêche-t-elle ou favorise-t-elle l'étranglement ? Dans la majorité des cas, la grossesse fait rentrer les hernies dans le début pour les crurales et inguinales, vers le cinquième mois seulement pour les hernies ombilicales. Mais les hernies irréductibles, du fait qu'elles ont contracté des adhérences, ne rentreront pas, au contraire, l'utérus gravide, soulevant le pédicule, deviendra une cause de tiraillement dans la hernie, dont l'engouement des parties herniées, puis l'étranglement, pourront être la conséquence.

Mais au contraire, à toutes les causes empêchant la formation ou l'étranglement des hernies, ajoutons que pendant la grossesse, les femmes se surveillent et s'entourent de beaucoup de précautions, évitant toute fatigue et tout surmenage, et nous ne nous étonnerons plus de la rareté des étranglements herniaires chez les femmes enceintes. Mais on ne peut les nier : dans la littérature médicale, nous avons recherché les différents cas de ce genre, et nous avons pu réunir un total de 55 ob-

servations de hernies étranglées pendant la grossesse (dont une personnelle).

Soit 26 hernies crurales.

17 hernies ombilicales.

10 hernies inguinales.

1 obturatrice.

A quel moment de la grossesse se produit donc cet étranglement.

Hernies crurales.

Mois de grossesse	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hernies crurales	1	3	10	3	7	0	0	1	1

Nous pouvons en conclure que pendant la grossesse le moment de la plus grande fréquence de l'étranglement est le courant du troisième mois pour les hernies crurales.

Hernies inguinales.

Mois de grossesse	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hernies inguinales . . .	0	0	4	4	1	1			

et entre le troisième et le quatrième mois pour les hernies inguinales.

Hernies ombilicales.

Mois de grossesse	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hernies ombilicales . . .	0	0	1	2	3	1	1	4	

Les hernies ombilicales donnent lieu à des symptômes d'étranglement vers la fin de la grossesse (8^e mois).

Dans un assez récent travail, Fischer, en 1898, reprenant les observations de Cohustein, de Perrichot,

auxquelles il en a ajouté quelques-unes personnelles, arrive à un total de 26 cas, qu'il groupe en trois catégories :

1° La hernie s'établit et s'étrangle pendant la grossesse (obs. XVII).

2° La hernie se produit pendant la grossesse et s'étrangle pendant l'accouchement :

« Une femme de 32 ans, enceinte pour la quatrième fois, portait une hernie ombilicale irréductible. Cette hernie s'étrangla subitement. Fischer fit la kélotomie, la malade guérit. »

3° La hernie, réduite par la grossesse, s'étrangle pendant l'accouchement :

« Une femme de 24 ans portait, depuis plusieurs années, une petite hernie crurale. Pendant tout le cours de sa grossesse, la hernie resta réduite. Au cours de l'accouchement, elle sortit brusquement, s'étrangla et nécessita une longue séance de taxis sous le chloroforme.

Dans nos observations, où l'âge de la hernie était mentionné, nous ne retrouvons que quatre cas où la hernie se produit et s'étrangle pendant la grossesse (obs. 3, 17, 29, 53). Les autres observations rapportent les cas de hernies étranglées pendant la grossesse, la hernie existant déjà bien avant la gestation.

Pendant l'accouchement, la hernie peut s'étrangler, ces cas peuvent être aussi fréquents que les étranglements pendant la grossesse. Dans la suite de couches, la hernie peut aussi s'étrangler, encore plus facilement.

Pendant la grossesse, de toutes les hernies, celles qui s'étranglent le plus souvent sont les hernies crurales : 26 cas sur 55. Cela tient sans doute à la disposition ana-

tomique de l'anneau crural et à l'arête tranchante du ligament de Gimbernat. Elles s'étranglent le plus souvent au commencement de la grossesse, de même que les hernies inguinales; vers la fin de la grossesse, s'étranglent les hernies ombilicales.

CHAPITRE V

Gravité. — Pronostic

La hernie étranglée est-elle plus grave du fait de la grossesse, et quelle en est la gravité de l'opération ?

Sur les 55 observations de hernies étranglées que nous avons recueillies, 17 se sont terminées par la mort, les 28 autres ont guéri (4 ont été réduites par le taxis).

Parmi ces 17 cas de mort, il y avait eu 10 avortements.

D'un pourcentage englobant toutes les hernies étranglées, nous trouvons qu'il y a donc :

69 p. 100 de guérisons.

31 p. 100 de mortalité.

Mais envisageant chaque sorte de hernie en particulier, nous trouvons un pourcentage différent.

Hernies crurales :

15 guérisons avec 3 avortements.

11 morts avec 8 avortements.

26 cas 11 avortements.

Soit 42,3 de mort.

57,7 de guérison.

Pour les *hernies inguinales*, nous avons :

11 cas et 2 morts.

Soit 89 p. 100 de guérisons.

11 p. 100 de morts.

Hernies ombilicales :

13 guérisons ; 4 morts.

Soit 76,5 p. 100 de guérisons.

23,5 p. 100 de morts.

Nous voyons que les hernies crurales exposent plus que les autres à l'étranglement, et occasionnent beaucoup plus de dangers, car la gangrène herniaire survient d'autant plus vite que l'anneau d'étranglement est plus serré, que l'anse intestinale est plus petite, que l'intestin existe seul dans les hernies sans épiploon; c'est le cas, en particulier, des petites hernies crurales, dans lesquelles l'arête tranchante du ligament de Gimbernat jouerait un rôle particulièrement défavorable sur la vitalité de l'intestin.

Si nous poussons l'analyse de ces cas malheureux, il ne faut pas tous les mettre sur le compte de l'étranglement compliquant la grossesse. Il est certain que si la kélotomie avait été faite dans plusieurs cas, dans les premières heures qui suivirent l'étranglement, la guérison aurait été sans doute la règle, et plusieurs cas de morts peuvent être imputés à une gangrène de l'intestin.

Intervention trop tardive causée sans doute par la difficulté de diagnostic chez une femme enceinte, les malaises et les vomissements n'étant pas rares pendant les premiers mois.

Plusieurs aussi sont dus à l'avortement qui suivit l'opération, d'autres à la péritonite post-opératoire. Tout de

même, sans entrer dans les détails de l'opération, de l'asepsie avec laquelle elle a été faite, des soins post-opératoires, nous arrivons à une mortalité de 31 p. 100 dans la hernie étranglée pendant la grossesse.

Dans les hôpitaux de Paris, de 1861 à 1864, la mortalité pour les hernies étranglées en général atteignait 75 p. 100 ?

Et B. Schmidt, en 1883, donnait 36,6 p. 100. Mais le chiffre de 31 p. 100 de mortalité serait réduit lorsque nous aurons dit que parmi les 17 morts, il y eut 10 avortements.

Peut-on mettre quelques cas malheureux sur le compte d'un avortement ? C'est possible, et si nous n'envisageons que le nombre de femmes enceintes, mortes des suites de kélotomie, nous estimons que le chiffre de 31 p. 100 est encore élevé.

Il faut encore et surtout penser aussi que, parmi les observations citées, quelques-unes sont déjà très anciennes; elles appartiennent à l'ère pré-antiseptique, et il y a lieu d'espérer que, avec les résultats que donnent les opérations abdominales de nos jours, nous verrons s'abaisser encore le taux de la mortalité maternelle, celle de l'enfant étant encore trop soumise à des facteurs qui ne sont pas sous notre dépendance.

En effet, divisons en deux périodes (de 1810, date de l'obs. I, à 1880, et de 1880 à nos jours), le total de nos cas observés; faisons un pourcentage pour rechercher la mortalité dans la première période, que nous pourrions appeler l'ère pré-antiseptique; faisons-en un autre dans la seconde période, ère antiseptique et aseptique, et nous verrons nettement la différence.

De 1810 à 1880 : 13 morts sur 35 opérées : 37,05 de morts p. 100.

De 1880 à nos jours (os. 23 à 26, 32 à 43, 50, 52, 53, 54 : 4 morts sur 20 opérées, soit 20 p. 100 de morts.

Traitement

Que ferons-nous en présence d'une femme portant une hernie, et enceinte ?

Sur ce point, les opinions sont à peu près identiques. Les hernies crurales ou inguinales seront traitées par le bandage et le repos. De même, et surtout, les hernies ombilicales, nous rappelant le mot d'un auteur disant que « toute femme enceinte et atteinte de hernie ombilicale devrait plutôt se passer de chemise que de bandage ».

Mais toute hernie (Trelat), qui n'est pas facilement, constamment et complètement maintenue par un bandage, doit être opérée. Nous avons vu en effet que par suite d'adhérences que la hernie pouvait avoir dans le sac pendant la grossesse, elle deviendrait douloureuse d'abord, irréductible ensuite. C'est surtout le cas pour les épiplocèles, qui s'étranglent facilement. Elles seront toutes opérées dès le plus petit symptôme.

Pour les hernies étranglées, on interviendra toujours et le plus rapidement possible, à tous les stades de la grossesse.

Ce n'est qu'au point de vue historique que l'on peut citer Lange, qui, pour lever l'étranglement, préconisait l'accouchement prématuré artificiel et que Scanzoni écrivait : « Nous conseillons dans tous les cas où les mani-

festations deviennent tant soit peu menaçantes, de provoquer l'accouchement prématuré, ce n'est que par l'évacuation de l'utérus qu'on peut espérer de relâcher les parois de la hernie. Si l'on attendait l'arrivée spontanée de l'accouchement, on laisserait passer presque toujours trop de temps pour que la gangrène ne s'établisse pas. »

Sauf des cas exceptionnels où une kélotomie n'est guère possible immédiatement, et lorsque l'étranglement n'existe que depuis très peu de temps, il ne faudra pas s'attarder en vains efforts de taxis. Dans bien des cas, en effet, les adhérences épiploïques sont fréquentes, et dans une réduction en masse dans le ventre, le sac peut continuer à exercer sa striction sur l'anse incluse. Dans d'autres cas, le taxis a souvent déterminé une perforation de l'intestin.

On n'oubliera pas, en effet, qu'on a deux vies à sauver, ce à quoi on arrivera en pratiquant une kélotomie hâtive et en redoublant de précautions aseptiques.

On abaissera ainsi la mortalité dans les opérations de hernies étranglées, intervention qui n'est pas plus dangereuse à pratiquer chez la femme enceinte que chez la non-gravide.

Les statistiques nous donnent en effet, dans le traitement de la hernie étranglée en général, un pourcentage qui varie avec :

Tscheming, de 29 p. 100.

Reichel, de 25 p. 100.

Carl Stern, 18,9 p. 100.

D'autres auteurs accusent une mortalité de 12 à 18 p. 100, et nous avons vu, en réalité, que ce n'était pas le chiffre de 31 p. 100 qu'il fallait envisager (pourcentage

total sur les observations de hernies étranglées mentionnées), mais bien le chiffre de 20 p. 100, depuis que l'antisepsie et l'asepsie sont entrées dans le domaine de la médecine.

Hern

	Variété	Nom d'auteur	Age de la hernie	Age de la malade	Accouchem ^t antérieur	Durée de l'étrangl ^e
1	droite	JOHN PAUL	2 ans 1/2	35 ans	5	»
2	»	BLANDIN	»	»	»	2 jou
3	gauche	COOPER	4 jours	34 ans	»	4 jou
4	droite	COCK	2 ans	»	1	2 jou
5	droite	TERAVUS	»	32 ans	0	24 heu
6	»	LOWENHARDT	»	37 ans	1	»
7	»	»	»	»	multipare	»
8	»	»	»	»	»	»
9	gauche	CANTON	ancienne	37 ans	»	2 jou
10	droite	FURNEAUX	ancienne	32 ans	multipare	24 heu
11	droite	FLETCHER	ancienne	28 ans	0	2 jou
12	»	FLETCHER	»	36 ans	3	2 jou
13	»	B. SCHMIDT	»	29 ans	0	3 jou
14	droite	B. SCHMIDT	»	31 ans	multipare	5 jou
15	droite	FRICKHOFFER	»	27 ans	multipare	26 heu
16	droite	JOLLIVET	ancienne	34 ans	2	60 heu
17	»	FISCHER	48 heures	18 ans	0	48 heu
18	»	HERGOTT	»	36 ans	multipare	12 heu
19	»	WALKER	»	28 ans	0	2 jou
20	gauche	RIGAUD	1 an	36 ans	1	24 heu
21	droite	THOMAS	ancienne	28 ans	1	36 heu
22	»	BONAFOS	»	»	»	48 heu
23	gauche	M. ROBTSON	»	»	2	2 jou
24	»	ROBERTS	»	»	»	»
25	gauche	GAUDIER	6 ans	40 ans	6	24 heu
26	gauche	PERSONNELLE	5 ans	35 ans	7	12 heu

So

15 guérisons, parmi lesquelles 3 avortem
11 morts.

urales

ois s sese	Opérations pratiquées	Avortement	Mort	Guérison
3	taxis-kélotomie	"	"	guérison
2	taxis-kélotomie	avortem. 2 j. après	MORT péritonite	"
3	kélotomie anus c. nature	"	"	gu ^{en} acc. enf. mort
3	taxis-kélotomie	avortem. 5 j. après	MORT	"
1	kélotomie	avortem. 4 j. après	MORT péritonite	"
mois	taxis-kélotomie césari ^{no}	"	MORT	"
5	kélotomie	avortement	"	guérison
3	taxis kélotomie	avortement	MORT	"
4	taxis-kélotomie	avort. pend. la nuit	MORT	"
5	taxis-kélotomie	"	"	guérison
3	taxis-kélotomie	avortem. 2 j. après	"	guérison
3	taxis-kélotomie	avort. pend. la nuit	MORT	"
3	kélotomie	"	"	guérison
5	kélotomie	"	MORT	"
4	kélotomie	"	"	guérison
3	taxis-kélotomie	avortem. 21 j. après	MORT	"
4	kélotomie	"	MORT	"
3	kélotomie	"	"	guérison
5	kélotomie	"	"	guérison
5	kélotomie	"	"	guérison
1/2	taxis-kélotomie	avortem. 5 j. après	MORT	"
5	taxis-kélotomie	avortem. 2 j. après	"	guérison
3	kélotomie	"	"	guérison
5	kélotomie	"	"	guérison
me	kélotomie	"	"	guérison
2	kélotomie	"	"	guérison

al de :

7 de guérisons.

3 de morts.

Hernie

	Nom d'auteur	Age de la hernie	Age de la malade	Accouchement an érieur	Durée de l'étranglement
27	Gazette méd., Paris, 1837	»	»	»	»
28	PREISCOTT HEWETT	8 ans	39 ans	2	»
29	SCANZONI	8 jours	quelques jours	0	quelques jours
30	COOPER	5 ans	40 ans	7	2 jours
31	ARNISSON	16 ans	38 ans	multiparte	48 heures
32	ICARD	»	»	»	»
33	BERTHOD	ancienne	40 ans	3	2 jours
34	COTHERILL	7 ans	38 ans	»	»
35	LANGE	»	»	»	»
36	GUISINI	»	38 ans	»	24 heures
37	GROSS, in th. VALLON	8 ans	35 ans	4	30 heures
38	ROCHELT	ancienne	42 ans	4	36 heures
39	SONTHAM	14 ans	46 ans	multiparte	36 heures
40	MONPROFIT	»	»	17	»
41	JONES	»	45 ans	multiparte	3 jours
42	S. JONES	8 ans	41 ans	4	3 jours
43	PARK	2 ans	39 ans	multiparte	12 heures
43 A	BECKEL	} Deux observations de hernie irréductible			
43 B	MICHEL				
17 cas dont 15 opération					
76 1/2 % de guérisons					

mbilicales

Mois de grossesse	Opér tions pratiquées	Avortement	Mort	Guérison
8	kélotomie	»	»	guérison
4	kélotomie	»	»	guérison
8	kélotomie	»	MORT	»
4 1/2	taxis-kélotomie	»	»	guérison
5	taxis-kélotomie	»	»	gu. acc. prémal.
8	taxis	»	»	guérison
3	taxis-kélotomie	»	MORT	»
7	taxis-kélot., résect. intestin	»	»	gu. acc. prém. prov.
8	taxis accouchem. prématuré	»	MORT	»
6	kélotomie	avort. 8 jours après	»	guérison
5	kélotomie, résect. épiploon	»	»	guérison
»	kélotomie	hémorragie	MORT	»
»	kélotomie	»	»	guérison
»	kélotomie, acc. prématuré	»	»	guérison
»	kélotomie	»	»	guérison
5	kélotomie	»	»	gnérison
»	kélotomie, résect. intestin	»	»	guérison
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»

morts, 1 avortement.

3 1/2 % de morts.

Hernies

	Variété	Nom d'auteur	Age de la hernie	Age de la malade	Accouchem ^t antérieur	Durée de l'étranglemen
44	droite	FISCHER	très ancienne	44 ans	7	»
45	gauche	DIZZE	»	37 ans	1	2 jours
46	»	WERNER	»	»	»	»
47	droite	B. SCHIMDT	ancienne	31 ans	3	12 heures
48	droite	B. SCHIMDT	»	33 ans	1	31 heures
49	»	WAN WYCK	»	25 ans	0	24 heures
50	droite	SINTENIS	ancienne	32 ans	2	4 jours
51	gauche	DESGRANGES	ancienne	27 ans	»	3 jours
52	gauche	M ^{lle} KOMAROWSKY	»	36 ans	3	»
53	»	M ^{lle} KOMAROWSKY	quelques jours	35 ans	4	24 heures
54	droite	MULLER	»	40 ans	4	4 jours

89 % de guérisons.

Herni

55	gauche	HEYFEEDER	»	29 ans	»	42 heures
----	--------	-----------	---	--------	---	-----------

Hernie périnéale

56	»	SMELLIE	»	»	»	»
----	---	---------	---	---	---	---

inguinales

Mois de grossesse	Intervention	Avortement	Mort	Guérison
6	taxis césarienne	»	MORT	»
5	kélotomie	»	»	guérison
3	kélotomie	<i>avortement</i>	»	guérison
3	taxis	»	»	guérison
4	taxis-kélotomie	»	»	guérison
4	kélotomie	»	»	guérison
4	taxis-kélotomie	»	»	guérison
3	taxis-kélotomie	<i>avortem. 17^e jour</i>	»	guérison
3	taxis	»	»	guérison
4	taxis-kélotomie	<i>avortem. 11^e jour</i>	MORT	»
3	kélotomie	»	»	guérison

11 % de morts

obturatrice

5	taxis	»	»	guérison
8	rupture	»	»	guérison

irréductible)

OBSERVATION I

Hernie crurale étranglée chez une femme enceinte ; opération, guérison.

(John PAUL, Chirurgien de l'Hôpital de Gray)
(*Gazette médicale de Paris*, 1837)

M^{me} Ritchée, âgée de 35 ans, mère de cinq enfants et enceinte de trois mois a été saisie le 30 août 1837 de symptômes d'étranglement. Elle portait une hernie crurale du côté droit depuis deux ans et demi.

La tumeur s'était déclarée à l'occasion des efforts pour vomir durant la grossesse précédente.

Depuis lors, la femme avait toujours accusé une chaleur dans le dos qu'elle attribuait aux tiraillements produits par la tumeur, elle était habituellement constipée. Devenue enceinte pour la sixième fois, les efforts pour vomir ont rendu la tumeur d'abord tendue, volumineuse, sensible au toucher; ensuite les symptômes d'étranglement se sont déclarés. On jugea inutile d'essayer le taxis. La tumeur était habituellement irréductible.

(Lavements purgatifs le plus haut possible à l'aide d'une sonde de gomme élastique, pas de selles, bains tièdes, pas de soulagement.)

La femme continue à offrir des vomissements stercoraux ; pouls fréquent et petit. L'opération est jugée indispensable, elle est pratiquée par M. Paul.

A l'observation du sac on trouve un gros paquet intestinal entouré d'une portion d'épiploon et étranglé comme par une corde, cet épiploon était entièrement dépourvu de graisse; les intestins adhéraient au sac depuis peu. L'étranglement épiploïque ayant été divisé, la réduction des intestins a été opérée, les bords de la plaie rapprochés et remis à l'aide de points de suture; les symptômes se sont dissipés; les selles ont été rétablies, la malade guérit sans aucun accident : elle accouche à terme heureusement six mois plus tard.

Deux circonstances rendent ce fait remarquable : la nature de l'étranglement (une bride dans le sac), l'existence de la hernie étranglée sur une femme enceinte, et son opération heureuse sans provoquer l'avortement. L'auteur conclut avec raison que la grossesse ne doit point être regardée comme un obstacle à la herniotomie, puisque cette opération n'entraîne pas inévitablement l'avortement.

Nous avons été nous-même témoin d'une herniotomie ombilicale heureusement pratiquée chez une femme enceinte de huit mois sans avortement consécutif, du reste, les cas connus de cette nature sont en trop petit nombre jusqu'à ce jour pour pouvoir juger convenablement l'influence de cette opération sur l'état de la matrice.

OBSERVATION II

Hernie crurale étranglée; opération. Avortement. Péritonite intense. Mort.

(Hôtel-Dieu, M. BLANDIN *Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 446.)

Une jeune femme, atteinte d'une hernie crurale étranglée, est entrée au n° 25 de la salle Saint-Jean. Cette femme était enceinte, les règles avaient fait leur dernière apparition, le 22 mai dernier.

Elle présentait au moment de son entrée à la clinique tous les symptômes de l'étranglement herniaire que nous nous dispenserons d'énumérer ici. Une saignée générale fut pratiquée, et, vu la gravité de sa position, on passa outre son état de grossesse, et une « application » de sangsues fut faite sur la tumeur, au risque même de voir l'avortement s'effectuer : en même temps, on secondait les effets des évacuations « sanguines » par des bains entiers et des lavements purgatifs. Cette médication fut suivie d'une amélioration assez marquée.

La souffrance fut beaucoup soulagée, les gardes-robes s'établirent, la tumeur devint moins douloureuse. Alors, dit M. Blandin, nous pûmes nous assurer que nous avions af-

faire à une hernie constituée uniquement par l'épiploon car la tumeur devint flasque, elle était mamelonnée et élastique. D'autre part, le ballonnement du ventre avait disparu; nécessairement donc, les gaz avaient pu circuler dans l'intestin, et par conséquent il fallait de toute nécessité que le calibre de celui-ci fût libre dans toute sa longueur, et ne fut point compris dans la hernie. D'ailleurs, les matières fécales avaient été expulsées en abondance, ce qui n'arrive pas dans les cas où l'intestin est contenu dans la hernie.

Alors, en effet, les malades rendent tout au plus quelques matières molles et petite quantité. Après cette amélioration, sur laquelle nous avons fondé quelqu'espoir de sauver notre malade, celle-ci fut prise d'une perte utérine abondante. Alors l'étranglement redevint de nouveau plus serré; le ballonnement du ventre se reproduisit avec promptitude et acquit bientôt un volume très prononcé. En outre, la peau s'enflamma au niveau de la tumeur, et cette même région devint le siège d'une tuméfaction énorme. Nous eûmes à craindre alors l'infiltration des liquides et des gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Manifestement, la gangrène s'était emparée des organes herniés, et il devenait urgent de donner issue aux produits auxquels elle avait donné naissance.

L'opération fut pratiquée. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient infiltrés; le fascia superficialis fut incisé, et nous ne tardâmes pas à arriver sur le sac, qui fut ouvert et qui contenait, avec l'épiploon mortifié une grande quantité de pus et de sérosité. C'était cet état de l'organe hernié qui avait occasionné l'inflammation extérieure de la hernie, laquelle s'était si promptement terminée par suppuration, à cause de l'état putrilagineux des parties herniées dont les gaz libres et les infiltrés étaient également le résultat.

Après l'ouverture du sac, nous nous sommes borné à séparer les parties frappées par la gangrène; mais nous n'avons pas pratiqué le débridement, bien entendu.

Le débridement en effet se pratique pour opérer la réduction des organes qui constituent la hernie; et ici les parties

herniées étant gangrenées, il n'y avait point de réduction à opérer.

D'ailleurs, quand une hernie épiploïque a été trop serrée et que l'on vient à la réduire, très souvent le sphacèle arrive lorsque l'on a fait rentrer l'épiploon dans la cavité abdominale.

Nous nous serions inévitablement exposé à cet ordre de choses, dans le cas qui nous occupe, si, contrairement aux règles d'une saine chirurgie, après l'ouverture du sac, nous avions commis l'erreur de débrider d'abord et de réduire ensuite l'épiploon mortifié.

M. Blandin n'a eu qu'à se féliciter d'avoir agi ainsi. Sa malade, en effet, qui avait été opérée le dimanche 9 août, au matin, se maintint dans un état très satisfaisant toute la journée, la nuit et une partie du lundi; mais alors commença à être menacée par quelques symptômes d'avortement.

En effet, celui-ci eut lieu le soir.

Malgré cette fâcheuse complication, la malade, à part un peu de rétention des matières fécales que l'on combattit par un lavement purgatif, continua à aller assez bien le jour suivant. Mais malheureusement il survint une péritonite intense à laquelle elle ne tarda pas à succomber.

OBSERVATION III

Hernie crurale étranglée. Opération. Anus artificiel sur une femme enceinte.

(Sir ASTLEY-COOPER, London, *Province médicale and Surgery Journal*, 15 avril 1841.)

Anne Termant, âgée de 34 ans, est reçue à l'hôpital Saint-Thomas, le 17 mai, à 10 heures du matin, se plaignant de douleur au cœur, de hoquet, de vomissement et de constipation. Elle présente un érysypèle à l'aîne gauche, avec une petite grosseur au côté externe du tubercule pubien et dessous de l'arcade crurale, douloureuse à la pression; poulx filiforme, vite et irrégulier. La tumeur n'avait été aperçue par la malade

que depuis la manifestation de la nausée et de la constipation. c'est-à-dire depuis le 13. Hier, le 16, la malade a pris un lavement et a rendu des fèces dures; mais depuis, le même moyen n'a rien produit.

Au moment de sa rentrée, on pratique une saignée de 36 onces. Le sang a offert un caillot blanc et coriace. On lui a administré un bain. La femme est grosse de trois mois. J'ai vu la malade à deux heures moins dix minutes de l'après-midi, et je l'ai opérée de suite.

J'ai trouvé l'intestin mortifié de couleur grisâtre et veineuse. Je l'ai, en conséquence, fendu dans l'étendue d'un pouce et demi longitudinalement, ce qui a donné issue à des matières fécales liquides. J'ai appliqué un cataplasme par-dessus et fait transporter la malade dans son lit.

Aussitôt après l'opération, le pouls ne battait que 48; mais une heure et quarante minutes après il s'est relevé à 73 et était plein et fort. La douleur au cœur et à l'aîne et les nausées s'étaient dissipées.

A 8 heures du soir, pouls 100, plein; il donne parfois 12 ou 20 pulsations régulières, puis il s'arrête tout d'un coup et bat ensuite irrégulièrement plusieurs fois. La garde m'a dit que la malade eut deux fois seulement le hoquet après l'opération, mais pas depuis.

La région de l'opération est très douloureuse, mais pas le ventre. Ecoulement abondant des matières stercorales par la plaie. Peau chaude. La malade se sent disposée à dormir.

18 mai. Elle a assez bien dormi la nuit dernière, mais vers minuit, les douleurs au cœur sont revenues, ainsi que les nausées et le hoquet. Ces symptômes se continuent et même quelques vomissements. L'abdomen est tendu et douloureux; la plaie est douloureuse, et entourée d'un cercle érisypélateux. Pouls 100 et irrégulier; pas d'évacuations alvines par le rectum. L'écoulement des fèces par l'anus artificiel n'est pas obstrué. La malade est fort troublée par des flatuosités et le hoquet.

Le 19, pouls moins irrégulier, mais toujours à 100, mais des

nausées, pas de hoquet depuis quelque temps, pas de garde-robes par le rectum; la plaie est moins enflammée; on la couvre de linges imbibés d'une solution d'acétate de plomb.

Le 90, pouls toujours irrégulier; garde-robes libres par l'anus artificiel; l'érisypèle de l'aine a diminué. Une petite saillie s'est déclarée à un pouce environ de l'anneau interne, sur la même ligne que l'ombilic, laquelle est très douloureuse à la pression. La malade a dormi la nuit dernière pendant cinq heures; langue blanche, peau froide, physionomie naturelle, pas de fausse couche.

Le 21, pouls et garde-robes comme hier; la petite proéminence persiste; mais elle n'est pas aussi tendue ni aussi douloureuse à la pression; elle paraît contenir de la matière qui se décharge par l'aine; l'érisypèle diminue. Jusqu'à présent, la malade a pris de l'eau d'orge, du thé, des tartines; on lui ajoute un peu de vin, du pudding au riz et de la gelée de veau.

Le 23, la portion gangrenée de l'intestin se détache, la plaie se déterge.

Le 25, pouls légèrement irrégulier, langue nette; les flatuosités passent par le rectum. Pas de tension, ni de douleur à l'abdomen; appétit bon; pas de maigreur depuis l'opération. A 3 heures du matin, elle a éprouvé une violente douleur au cœur, mais sans nausées. Cette douleur s'est dissipée en quelques heures.

Le 28, décharges des fèces dures par le rectum avant-hier et une autre aujourd'hui, mais sans matières liquides. La douleur au cœur n'a pas reparu. Ecoulement abondant et libre par l'anus artificiel; pouls 70, régulier, langue nette.

Le 30, garde-robe dure par le rectum.

2 juin, quatre garde-robes dures par le rectum hier, et une aujourd'hui.

Le 3, grande douleur vers l'ombilic la nuit dernière, augmentant à la pression; mais elle s'est dissipée.

Le 4, garde-robe par le rectum.

Le 7, abondant écoulement de liquide stercoral par l'anus artificiel.

Sentiment de démangeaison sur tout le ventre. La plaie diminue d'étendue; on la pousse à plat et on la comprime légèrement. J'ai prescrit un émétique pour arrêter la diarrhée.

Le 9, une légère garde-robe, la diarrhée est arrêtée.

Le 18, garde-robe par le rectum, mieux progressif.

Le 20, l'anus artificiel se resserre beaucoup.

Le 24, une garde-robe par le rectum tous les jours; une seule garde-robe a eu lieu depuis plusieurs jours par l'aine, c'est après que la malade s'est levée et a descendu les escaliers. La compression de la plaie a produit de la douleur.

Le 26, l'anus artificiel n'a rien rendu depuis le 23. Fomentations d'eau de saturne sur la plaie. On couvre la plaie de terre de Fuller. La femme est allée de mieux en mieux par la suite, mais la plaie ne s'est complètement cicatrisée que vers la mi-août. La grossesse a continué sans accident.

Le 23 octobre elle mit au monde un enfant à terme mort-né et qui présentait des déformations très prononcées des membres inférieurs. Cinq semaines environ après la délivrance, elle redevint grosse et fit une fausse-couche un mois après. Depuis ce temps, elle a continué à être très bien sous tous les rapports; elle ne prend son bandage que quand elle doit s'exposer à plus de fatigue qu'à l'ordinaire.

OBSERVATION IV

Hernie crurale étranglée.

Cock rapporte dans la *London medical Gazette*, le cas d'une femme secondipare qui portait une hernie crurale droite depuis deux ans. La hernie s'étrangla subitement au troisième mois de sa grossesse. Le taxis répété ne put faire rentrer la tumeur. La kélotomie fut faite deux jours après le début des symptômes d'étranglement.

Un avortement eut lieu cinq jours après et la malade mourut.

(*London medical gazette*, 1846, p. 849.)

OBSERVATION V

Travus, dans la même revue, cite le cas d'une femme âgée de 35 ans qui n'avait jamais eu d'enfants.

Arrivée au premier mois de sa grossesse elle eut une hernie crurale droite qui s'étrangla. La kélotomie fut pratiquée vingt-quatre heures après.

Un avortement survint au quatrième jour après l'opération et la malade fut emportée par une péritonite.

(Id. page 850).

OBSERVATION VI

Lowenhardt parle d'une malade âgée de 27 ans secondipare, enceinte de huit mois dont sa hernie crurale s'étrangla. La kélotomie fut décidée non sans avoir essayé le taxis. On pratiqua une césarienne à la suite de laquelle on sortit un enfant mort. La malade expira deux jours après.

(Id. page 850).

OBSERVATION VII

Dans la revue, on trouve citées deux observations de hernie crurale étranglée pendant la grossesse. La première chez une multipare qui était au cinquième mois de sa grossesse. On pratiqua la kélotomie, tous les essais de taxis ayant été infructueux. Un avortement s'en suivit, mais la malade guérit.

(*Monatschrift für Geburt*, 1853, p. 10.)

OBSERVATION VIII

La seconde, chez une femme grosse de trois mois, on pratiqua le taxis d'abord, la kélotomie ensuite. Un avortement eut lieu et la malade mourut peu de temps après.

(*Monatschrift für Geburt*, 1853, p. 10.)

OBSERVATION IX

Hernie crurale étranglée chez une femme enceinte; existence d'un double sac.

(Charing-Cross hospital, London. Service du Docteur CANTON,
The Lancet, 14, August, 1858.)

Une femme mariée, âgée de 37 ans, à son quatrième mois de grossesse fut admise à l'hôpital de Charing-Cross, dans le service du docteur Canton, souffrant d'une hernie crurale du côté gauche.

Elle avait travaillé malgré cette hernie pendant plusieurs années, la réduisant habituellement par un bandage. Elle en avait abandonné l'usage par suite de la formation d'un large abcès autour d'un ganglion inguinal situé sur la tumeur.

Lorsque la malade fut admise dans le service on constata qu'elle avait une hernie un peu plus volumineuse qu'un œuf de poule placé sur le ligament de Poupart. La peau qui la recouvrait présentait une cicatrice irrégulière de près d'un pouce et quart de long et n'était pas très mobile sur les parties sous-jacentes. Comme tous les moyens habituels de réduction avaient été employés et lorsqu'on reçut la malade les symptômes étaient tels qu'on jugea inutile d'essayer à nouveau d'autres manœuvres. M. Canton recommença l'opération après avoir anesthésié la malade au chloroforme,

Rien de particulier à signaler jusqu'à la découverte du sac; après incision de celui-ci on trouva la tumeur, formée par les intestins, comprimée par une épaisse boule fibreuse de quelques lignes de large et passant autour de son petit axe de façon à la diviser superficiellement en deux renflements, un plus large incliné vers l'arcade fémorale et un autre plus petit dirigé vers l'épine iliaque antérieure. Le sac du premier fut alors ouvert quand une sérosité teintée de sang s'échappa, et après élargissement de l'ouverture on vit le péritoine et l'intestin grêle.

Le sac de l'autre fut alors incisé, une petite quantité de

sérosité légèrement coloré jaillit, et après agrandissement de l'incision on aperçut l'intestin.

Dans les deux cas les intestins étaient très congestionnés, conservant néanmoins leur poli naturel; on s'aperçut alors que contournant le sac d'avant en arrière il existait un septum fibreux épais dont la situation avait été déjà perceptible à la surface par la boule compressive mentionnée plus haut.

Ce septum aurait été complet mais par une ouverture de très petite dimension qui existait dans sa partie la plus profonde, l'intestin s'était introduit dans le compartiment intérieur de la deuxième partie du sac à tel point qu'il formait un nœud à l'extérieur.

M. Canton passa une sonde ordinaire au travers de l'ouverture et avec précaution partagea la cloison de la surface à la profondeur faisant des deux cavités une seule.

Le rétrécissement de l'anneau crural fut ouvert par une incision dirigée de haut en bas, et l'intestin et le péritoine promptement réduits. On fit quelques points de suture, un coussinet et un spéca furent appliqués en même temps que fut administré un opiat. Le résultat de ce cas fut malheureux, l'état de la malade empira dans la nuit, elle mourut rapidement.

OBSERVATION X

Furnaux cite le cas d'une femme de 32 ans, multipare qui avait une hernie crurale à droite depuis de nombreuses années.

Celle-ci s'étrangla et l'on pratiqua d'abord le taxis sous chloroforme, la kélotomie ensuite, quoique la malade fut enceinte de cinq mois. La femme guérit parfaitement et accoucha heureusement au terme de sa grossesse.

(*Med. Times*, 1862, p. 609.)

OBSERVATION XI

Fletcher mentionne deux cas de hernies crurales étranglées pendant la grossesse. Le premier chez une primipare âgée de

28 ans, qui avait une hernie à droite depuis très longtemps. Elle s'étrangla au troisième mois de sa grossesse. On pratiqua le taxis d'abord et la kélotomie ensuite, après deux jours d'attente. La malade avorta deux jours après, mais se rétablit très bien.

(*Cincinnati Lancet*, 1864, p. 476.)

OBSERVATION XII

Le deuxième cas, chez une femme de 36 ans qui avait déjà eu trois grossesses. La hernie s'étrangla lorsqu'elle était enceinte de trois mois. Le taxis répété ne donnant pas de résultat, la kélotomie fut pratiquée, deux jours après le début des accidents d'étranglement. L'opérée avorta la nuit suivante et fut emportée quelques jours après par une péritonite.

(*Cincinnati Lancet*, 1864, p. 476.)

OBSERVATION XIII

R. Schmidt publie deux cas de hernie crurale étranglée pendant la grossesse. Un chez une femme de 29 ans primipare, enceinte de trois mois. Trois jours après le début des accidents on pratiqua la kélotomie. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse, la malade guérit et accoucha à terme.

(*Zeitschrift med. und chirurg. Geburt*, p. 101, 1867.)

OBSERVATION XIV

Le second cas de hernie fut observé chez une femme qui avait eu déjà de nombreux enfants, âgée de 37 ans. Cette malade avait déjà eu une hernie inguinale droite réduite par le taxis; enceinte alors de cinq mois, la hernie s'étrangla à droite. La kélotomie ne fut pratiquée que cinq jours après le début des accidents. La malade mourut six jours après.

(*Zeitschrift med. und chirurg. Geburt*, p. 101, 1867.)

OBSERVATION XV

Une femme de 27 ans, qui avait eu plusieurs enfants, fut prise au quatrième mois de sa grossesse des symptômes d'étranglement herniaire. Elle avait à droite une hernie crurale qui s'étrangla à la suite d'un effort. La kélotomie fut pratiquée vingt-six heures après; aucune suite fâcheuse, l'opérée guérit et accoucha à terme.

(*Zeitschrift med. und chirurg. Geburt*, p. 101, 1867.)

OBSERVATION XVI

Hernie crurale étranglée.

(JOLLIVET, *Bulletin Société anatomique de Paris*, 1865, p. 277.)

Victorine Cochard, 31 ans, entre le 1^{er} mars 1865 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Maisonneuve. Elle a déjà eu deux enfants et est enceinte de trois mois. Depuis quelque temps, elle avait une petite grosseur dans l'aîne droite, disparaissant quand elle se couchait.

Après avoir beaucoup fatigué dans la journée du 28 février, à onze heures du soir, elle fut prise de violentes coliques et de vomissements. Apportée à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} mars, cette malade a de la fièvre, des douleurs vives dans l'abdomen; elle vomit.

Dans l'aîne droite on trouve une petite tumeur dure, du volume d'une noix, irréductible et très douloureuse à la pression. Elle est placée au-dessous du ligament de Fallope; en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux, on sent l'artère fémorale battre en arrière. Je pratique le taxis, mais inutilement (douleurs très vives, cris). Cataplasmes, glace.

2 mars. — Vomissements dans la nuit du 1^{er} mars au 2 mai. Coliques. Gargouillements.

Pas de garde-robe. Pas de gaz rendus par l'anus. Ventre ballonné. M. Maisonneuve voit la malade pour la première

fois; et applique son compresseur, qu'on enlève deux heures après; la réduction n'est pas obtenue. Cataplasme sur le ventre, lavement purgatif, une pilule d'opium.

3 mars. — Le lavement n'a rien produit. Pas de gaz rendus. Ventre très tendu. L'étranglement existe déjà depuis soixante heures.

L'opération de la hernie étranglée est pratiquée Une incision oblique de 8 à 9 centimètres est faite sur la tumeur, couches par couches; on arrive sur un paquet adipeux qui dépend de l'épiploon; son volume est celui d'une grosse noisette; en le soulevant, on voit, en arrière, une petite portion d'anse intestinale.

L'étranglement est très serré. Débridement assez pénible avec le bistouri de Cooper : le tout est réduit, charpie imbibée d'alcool appliquée sur la plaie.

Le soir, 3 mars. 84 pulsations, calme. Ventre moins douloureux, encore ballonné. Pas de garde-robe. Pas de gaz rendus. Pas de frissons.

4 mars. — Ventre très ballonné peu douloureux. Pas de fièvre. Pas de vomissements.

Un lavement simple. Une légère garde-robe.

5 mars. — Garde-robe, gaz rendus par l'anus, ventre souple.

6 mars. — Amélioration. Ventre moins ballonné. Le cours des matières est bien rétabli.

La plaie suppure et a bon aspect.

7 mars. — Le pouls est fréquent. Fièvre, 120 pulsations. Un lavement; une selle. Pas de péritonite. Ventre peu douloureux.

10 mars. — En faisant le pansement, M. Maisonneuve voit la plaie souillée par des matières intestinales; il y a un anus contre nature. La malade sent des gaz et des matières sortir par sa plaie.

11 mars. — Même état. Pas de fièvre.

13 mars. — Deux selles par l'anus. Peu de fièvre. Peu de matières s'écoulent par la plaie, au milieu de laquelle on voit

l'entonnoir par lequel l'intestin est en communication avec l'extérieur.

15 mars. — Garde-robe par l'anus.

16 mars. — Diarrhée, quatre selles en quelques heures.

18 mars. — Plus de diarrhée. Il ne passe plus de matières par la plaie. L'entonnoir se rétrécit. L'étranglement, la réduction de la hernie puis l'anus contre nature doivent avoir déterminé de nombreuses adhérences, surtout à droite; elles peuvent gêner le développement de l'utérus et causer l'avortement. Pas d'accidents jusqu'à ce jour. L'état général de la malade est satisfaisant.

21 mars. — A midi, la malade a eu des frissons violents et répétés; le soir, elle a de la fièvre, la peau brûlante. Face injectée. Ventre tendu.

22 mars. — Fièvre. Traits altérés. Ventre ballonné. Etat grave.

23 mars. — De nouveaux frissons. Vomissements. Douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Fièvre intense. Délire. C'est une péritonite qui va suppurer.

24 mars. — Fièvre très intense. Pouls petit. A quatre heures du matin la malade a avorté.

25 mars. — Péritonite généralisée, vomissements. Ventre très ballonné. Yeux excavés. Mort prochaine.

27 mars. — Morte à midi.

OBSERVATION XVII

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(FISCHER, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1866.)

Pendant l'été de 1866, une jeune fille de 18 ans fut transportée à l'hôpital de la Charité, envoyée par la station cholérique pour être admise dans un pavillon isolé; elle avait été considérée comme atteinte de choléra pendant la nuit; à la visite du matin on constata l'étranglement d'une hernie crurale, de la

groseur d'un œuf de pigeon, très fortement tendu, et que la malade n'avait jamais observée. Celle-ci se trouvait au quatrième mois d'une grossesse qu'elle avait tenue secrète.

L'étranglement s'était produit vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital; par suite d'un effort fait en soulevant un lourd fardeau. Des vomissements violents, mais non fécaloïdes et l'état profond de collapsus (voix rauque, extrémités froides, pouls fréquent et petit) dans lequel se trouvait la malade, avaient à la suite d'un examen superficiel rendu possible le diagnostic de choléra, d'autant plus qu'on se trouvait au plus haut point de l'épidémie.

Pendant l'opération, l'intestin apparut fortement bleuâtre, mais cependant uni et luisant.

Après la kélotomie s'installèrent les vomissements et bientôt enfin apparaissaient les symptômes fatals de la péritonite septique.

OBSERVATION XVIII

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(HERGOTT, in thèse Perrichot, 1869.)

Caroline Jund, 36 ans, entra à la clinique chirurgicale le 14 mars 1866; mère de plusieurs enfants et enceinte de trois mois, elle avait une hernie crurale étranglée. Les tentatives de réduction par le taxis furent inutiles, on opéra le même soir; difficulté pour le débridement. Après l'opération, purgatif, quatre selles. Pas de fièvre. La malade se leva le 22 mars. Accouche à terme. La malade va très bien ainsi que son enfant.

OBSERVATION XIX

(In thèse Perrichot, 1869.)

Walker cite le cas d'une malade âgée de 28 ans, primipare, qui au cinquième mois de sa grossesse vit subitement sa hernie

crurale, qu'elle avait depuis deux ans, s'étrangler. On pratiqua la kélotomie deux jours après le début des symptômes d'étranglement. La malade guérit et accoucha heureusement.

OBSERVATION XX

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(Professeur RIGAUD, in thèse Perrichot, 1869.)

Marguerite Vigersheine, de Strasbourg, âgée de 36 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 23 mars 1868. Enceinte de cinq mois, a une grossesse antérieure suivie d'avortement. Depuis un an, hernie à gauche. La malade portait un bandage, mais l'enlevait de temps en temps. La hernie se réduisait facilement. Depuis la veille, impossibilité de réduction. Vomissements tout le jour; pas de selles. Ventre assez volumineux. Matrice à l'ombilic; à l'aîne gauche, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule siégeant au-dessous de l'arcade de Fallope. Impossible de la réduire.

Diagnostic : hernie crurale gauche étranglée, M. le professeur Rigaud procède immédiatement à la kélotomie. Incision de la tumeur dans une direction parallèle à l'axe du membre; dans une longueur de 0,08 centimètres environ.

Il emploie pour continuer l'incision de diverses couches et de sac, le procédé enseigné par lui et dit de glissement.

Le sac est occupé par une anse intestinale fortement congestionnée, mais non altérée. Entre l'intestin et l'anneau, une sonde est introduite avec peine. Débridement en deux ou trois endroits. Aussitôt l'intestin reprend sa coloration normale. Il est réduit.

Pansement simple. Bandage triangulaire, limonade purgative.

Soir, température 37°4. Pouls 120. Pas encore de selles. Lavement purgatif dans la soirée.

24 novembre. — Température 36°5. Pouls 108, vives douleurs dans le ventre siégeant surtout à droite, ne s'exagérant pas à la pression. Cataplasmes laudanisés.

25 novembre. — Douleurs s'exaspérant. Elles ne correspondent pas au rein ni au sacrum et ne paraissent pas non plus tenir à l'intestin. Le toucher fait reconnaître que le col un peu ramolli se trouve fortement en arrière, il ne s'entr'ouvre pas. Température 36°4. Pouls 92.

Langue bonne, un peu blanchâtre au centre. Cataplasmes laudanisés. Frictions avec huile de jusquiâme. Limonade purgative. Lavements laxatifs.

Soir, température 36°7. Pouls 104. Deux vomissements dans la journée.

Deux selles après le lavement. Renvois continuels. Mêmes douleurs. Toujours même état du col.

26 novembre. — Matin. Température 36°6. Pouls 130. Pouls plein, fort, selles nombreuses après deux lavements dont l'un simple et l'autre au savon.

Soir, pas de changement.

27 novembre. — Température 36°3. Pouls 120. Dans la nuit, fortes douleurs, soulagées par un lavement, selles, ventre un peu météorisé. Des battements redoublés du fœtus s'entendent à gauche.

Potage, eau de seltz avec sirop de groseille. La plaie suppure. Mauvaise odeur. Pansement à l'alcool.

29 novembre. — Etat très satisfaisant. Bouillon, potage, un peu de viande, eau, vin. La plaie est très rouge, les bourgeons charnus sont très nombreux. Ventre souple.

Depuis, le mieux s'est continué. La femme va bien. Selles régulières. Quelquefois cependant, douleurs à la partie gauche et inférieure de l'abdomen. Battement du fœtus facile à entendre. La malade est sortie de l'hôpital vers le milieu de décembre dans l'état le plus satisfaisant.

OBSERVATION XXI

Hernie crurale étranglée. — Opération suivie d'avortement.

(Docteur L. THOMAS, *Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 787.)

Le 3 mai dernier, je fus mandé par M. Vincent, médecin à Azay-sur-Cher (Indre-et-Loire), pour voir une de ses clientes

atteinte d'étranglement herniaire. Cette femme, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, mariée et mère d'un enfant de 8 ans, portait depuis plusieurs années, une hernie crurale droite, qui n'avait jamais été maintenue par un bandage, et se réduisait complètement. La veille, au matin, à la suite d'un effort, la hernie s'échappa brusquement, et toutes les tentatives de la malade pour la réduire furent infructueuses. Dans la journée, la tumeur devint douloureuse et des vomissements apparurent. Le médecin fit dans la soirée, à diverses reprises et sans succès, des tentatives de taxis. Pendant la nuit les accidents persistèrent et le lendemain matin, après de nouvelles et inutiles tentatives de réduction, je fus mandé pour pratiquer l'opération.

Je vis cette femme le soir à 5 heures, trente-six heures à peine après le début des accidents; la tumeur herniaire était petite, dure et tous mes efforts pour en obtenir la réduction furent inutiles. Des vomissements bilieux se produisirent plusieurs fois en ma présence. Le ventre était peu douloureux, le poulx bon, les traits non altérés. Bien convaincu que des tentatives de taxis pratiquées le lendemain ne seraient pas couronnées de plus de succès, je résolus de ne pas différer l'opération, et je la pratiquai séance tenante. Elle fut très simple.

La hernie était formée par une anse intestinale et une très petite quantité d'épiploon, sans la moindre trace d'altération. Je réunis en partie la plaie, qui présentait à peine 4 centimètres d'étendue et je quittai cette malade croyant à la réussite d'une opération pratiquée dans des conditions aussi favorables.

Le 8 mai, cinq jours après l'opération on vint me prier de revenir voir cette femme, qui éprouvait, me disait-on, de très vives douleurs dans l'abdomen. Lorsque, dans l'après-midi, j'arrivai près de cette malade, elle était calme, les souffrances avaient disparu, elle venait de faire une fausse-couche de deux mois et demi. J'ignorais cette grossesse au moment de l'opération, et je n'avais pas songé, je l'avoue, à interroger cette femme sur ce point. Depuis la naissance de sa fille, âgée de 8 ans, elle n'avait pas été enceinte.

La plaie de l'opération était complètement cicatrisée dans son tiers supérieur; les bords en étaient légèrement rouges et tuméfiés, sans trace d'érysipèle. J'appris alors qu'après l'opération, les vomissements avaient continué, à de rares intervalles, pendant la nuit, puis avaient disparu. Le lendemain, plusieurs évacuations avaient eu lieu après l'administration d'un purgatif. Les jours suivants, la malade ne souffrait pas, était gaie, demandait à manger, lorsque dans la soirée du quatrième jour, survinrent quelques vomissements et de violentes douleurs abdominales, qui ne cessèrent que lorsque l'avortement fut accompli. Cependant le ventre était resté douloureux à la pression même légère, dans toute son étendue.

Trois jours après, on m'annonçait la mort de cette femme. Quelques heures après ma visite, les vomissements avaient reparu, la douleur abdominale était devenue plus vive, et les accidents avaient persisté jusqu'à la mort. Je n'ai pas revu la malade pendant les deux derniers jours de son existence, mais je crois affirmer, c'est du reste l'opinion du médecin qui lui a donné ses soins, qu'elle succomba à une péritonite.

OBSERVATION XXII

(In thèse Massot, 1873. Obs. due au Docteur BONAFOS, de Perpignan.)

Je fus appelé à la campagne auprès d'une malade portant une hernie crurale étranglée depuis quarante-huit heures et enceinte de cinq mois.

Les extrémités étaient froides, les vomissements fréquents. Le taxis fut pratiqué, mais sans succès.

L'opération fut jugée nécessaire et pratiquée aussitôt. La malade guérit sans accident.

Deux mois après, un avortement eut lieu. L'enfant ne vécut que deux heures environ.

OBSERVATION XXIII

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(MAYO ROBTSON, *British med. Journal*, 1889, p. 1035.)

Le 23 juin, je fus mandé par mon ami le docteur Purdy, de Woodlsford pour voir avec lui un cas de hernie étranglée, en vue de l'opération, et il me donna l'historique suivant du cas en question.

Mrs. H..., pendant deux grossesses précédentes avait beaucoup souffert de vomissements, elle est maintenant enceinte de trois mois et vomit plus ou moins tous les jours. Le 21 juin, il avait été nécessaire d'appeler un médecin à l'aide.

Le 22, elle mentionna incidemment qu'elle avait un léger gonflement de l'aîne gauche, à l'examen, on diagnostiqua une hernie crurale étranglée. Le même jour les vomissements devenaient fécaloïdes et le 23 je vis le cas avec le docteur Purdy.

Après une antiseptie et une aseptie rigoureuse, le sac fut ouvert et une petite anse intestinale fut trouvée étroitement serrée par l'anneau très étroit; le débridement fut fait avec peine et la hernie fut réduite. Le sac fut alors enveloppé d'une ligature de catgut et excisé. La guérison se fit sans incident. Les vomissements cessèrent et la grossesse continua son cours; l'accouchement se fit au terme complet de la gravidité.

OBSERVATION XXIV

Roberts, dans *Med. News*, 1893, cite le cas d'une femme grosse de cinq mois qui fut opérée d'une hernie crurale étranglée.

OBSERVATION XXV

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(Docteur GAUDIER, chef de clinique chirurgicale, Faculté de Médecine de Lille, *Revue de Chirurgie*, 1894, t. XIV, p. 859.)

M^{me} X..., âgée de 40 ans, entre d'urgence le 11 février 1894, à 2 heures de l'après-midi, dans le service de M. le docteur

Dubar, avec le diagnostic d'un de nos confrères de la banlieue de Lille, hernie crurale étranglée depuis vingt-quatre heures.

Appelée auprès d'elle immédiatement par l'interne de garde, je constate tout d'abord le volume considérable de son ventre, et l'interrogeant à ce sujet, elle me répond qu'elle est enceinte et qu'elle pense accoucher dans quelques jours de son septième enfant.

Elle se plaint de douleurs à la base de la cuisse gauche, et en portant la main à ce niveau dans le pli formé par sa cuisse à demi-fléchie et son ventre volumineux, presque pendulum, j'y constate la présence, au-dessous de l'arcade de Fallope, d'une petite tumeur marronnée très tendue, très douloureuse, à pédicule s'engageant sous l'arcade crurale, située dans la région classique de la hernie crurale.

Cette tumeur est absolument mate et ne présente aucune bosselure, mais l'examen en est difficile car la malade pousse des cris à chaque pression de la main à la surface de sa hernie. Autant qu'on peut en juger par un essai très doux et très superficiel, cette hernie est absolument irréductible.

La malade est secouée par des vomissements qui se succèdent rapidement. Les vomissements paraît-il ne datent que de ce matin : et l'étranglement est vieux de vingt-quatre heures.

Elle nous raconte, d'une manière pénible et saccadée qu'elle était porteur depuis six ans, d'une petite hernie crurale gauche qui ne l'avait jamais fait souffrir. Cette hernie était facilement réductible et ne sortait qu'à l'occasion de grandes fatigues. Jamais elle n'avait été maintenue par un bandage. Au début de sa grossesse, il y a neuf mois à peu près, la hernie ne sortait plus du tout et la malade heureuse de ce qu'elle croyait être une guérison se livre à des travaux pénibles de savonnage, ne s'occupant plus du tout de son infirmité. Le dimanche 10 juin, un jour avant son entrée à l'hôpital, en portant à bras tendu un lourd fardeau, elle sentit une vive douleur dans la région crurale gauche, et elle constata que sa hernie était sortie de nouveau mais cette fois plus volumineuse

et un peu douloureuse au toucher. Deux heures après commençait déjà les accidents généraux : nausées, soif ardente et des douleurs s'irradiant dans tout le bas-ventre.

La nuit fut très mauvaise, la malade ne pouvant fermer l'œil un seul instant, et le matin les vomissements commencèrent, bilieux d'abord, puis plus tard fécaloïdes.

Au moment où nous la voyons, existe tous les symptômes caractéristiques de l'étranglement herniaire : « petite tumeur irréductible, douloureuse, absence de gaz et de matières, douleurs externes, prostration, aspect grippé du visage, petitesse du pouls, vomissement, etc. ». Le diagnostic n'est pas douteux; il y avait bien là une hernie crurale étranglée.

Restait l'état de grossesse et je priai mon collègue le docteur Bué, chef de clinique obstétricale, de vouloir bien examiner cette malade. Il reconnut qu'elle était enceinte à terme ; que l'enfant se présentait par le sommet, qu'il était bien vivant, mais qu'il n'y avait pas apparence de travail.

Je pratiquai sur l'heure la kélotomie, avec l'aide des internes de service.

Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, surtout du côté du vagin qui était le siège d'un écoulement leucorrhéique abondant et que je tamponnai légèrement à la gaze iodoformée, je fis une incision suivant le grand axe de la tumeur qui se trouvait parallèle à l'arcade crurale. Il fallut pendant toute l'opération qu'un aide soutint le ventre très ballonné et qui retombait sur la cuisse gênant beaucoup l'opérateur.

Le sac très mince facilement reconnaissable, contenait une petite quantité de liquide un peu rosé, mais sans odeur. Dans le sac se trouvait une anse intestinale très congestionnée, vineuse, avec quelques fausses membranes déjà, mais sans aucune adhérence avec la paroi du sac. Après lavage à l'eau bouillie tiède, je recherche l'agent de l'étranglement qui est ici le ligament de Gunbernat, très développé et très tranchant.

L'étranglement est absolu et j'ai toutes les peines du monde à faire pénétrer le bistouri de Cooper qui me sert à inciser le ligament de Gunbernat. Dès que je peux pénétrer la pulpe du

doigt, je complète la dilatation avec le doigt, et je procède à l'examen de l'intestin. Il est le siège d'une constriction très serrée, mais ne présente pas de trace de gangrène. Après lavage, je le réduis dans le ventre; il disparaît rapidement, et l'utérus gravide à ce moment vient s'appliquer contre l'orifice, l'obstruant presque. J'avais pu auparavant reconnaître que nulle adhérence antérieure ne fixait l'anse intestinale au voisinage de l'anneau crural. Le sac réséqué le plus loin possible, je procédai à la cure radicale que je fis d'une manière un peu particulière et que je décrirai plus loin. Les sutures superficielles furent faites au crin de Florence. Pas de drainage; pansement antiseptique compression difficile à faire tenir, à cause du développement du ventre. La cuisse fut maintenue légèrement fléchie.

Aucune suite opératoire, pas de fièvre. La malade eut une selle le lendemain soir sous l'influence d'un lavement purgatif. Elle avait rendu des gaz le soir même de l'opération.

L'accouchement eut lieu six jours après l'opération et sans aucun incident. L'enfant était d'un poids moyen; et la durée du travail fut insignifiante (6 heures à peu près). La suture résista fort bien pendant les contractions utérines. Elle sort de l'hôpital le 10 juillet, parfaitement guérie et portant un léger bandage crural très doux pour soutenir pendant quelques mois la suture.

OBSERVATION XXVI

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(Clinique obstétricale de M. le professeur FABRE, août 1912,
« Personnelle ».)

Marie P..., ménagère, âgée de 35 ans, octavipare. On ne relève aucune affection dans ses antécédents héréditaires ni personnels. La première grossesse remonte en 1896. De 1896 à 1907 elle a six enfants.

Son sixième accouchement se fait à la maternité et au mo-

ment de sortir (quinze jours après environ), elle constate une hernie crurale gauche.

Cette hernie de volume variable, tantôt comme une noix, tantôt comme un œuf de poule, ne l'a jamais fait souffrir. En 1910 (juillet), elle a son septième enfant.

Enceinte de nouveau vers la fin de 1911; au mois de février 1912, sans avoir fait aucun effort, après le déjeuner et en se promenant, ainsi raconte la malade, brusquement la hernie qui n'avait jamais été contenue par un bandage s'étrangle.

Surviennent alors les symptômes de l'étranglement : (nausées, vomissements, douleurs, pouls petit) et la malade dans l'après-midi est transportée à l'Hôtel-Dieu. Le soir, elle est opérée par M. Molin, chirurgien de garde. La tumeur est petite, du volume d'un œuf, douloureuse à la pression. Après anesthésie à l'éther, la peau étant incisée on reconnaît que l'étranglement est dû à un sac crural d'allure congénitale.

On trouve une petite portion d'intestin grêle, l'étranglement est atténué par l'épiploon. M. Molin les réduit l'un et l'autre sans aucune résection. La malade reste dans le service de M. le professeur Jaboulay d'où elle sort vers la fin de la première quinzaine de mars complètement guérie.

Le 1^{er} août 1912, elle accouche à la clinique obstétricale d'un enfant bien portant, sans incident. A cette date, les orifices herniaires ne paraissent pas dilatés.

On constate une faiblesse considérable de la paroi abdominale, un écartement des droits, mais pas de hernie ombilicale.

OBSERVATION XXVII

Hernies ombilicales.

Dans l'observation I de hernie crurale étranglée, opérée par M. John Paul, le narrateur dit avoir été témoin d'une herniotomie ombilicale heureusement pratiquée chez une femme enceinte de huit mois sans avortement consécutif.

(Gaz. méd., Paris, 1837.)

OBSERVATION XXVIII

Hernie ombilicale étranglée pendant la grossesse.

(PRESCOTT-HEWETT, *Lancet*, 1859, p. 337.)

H. M..., âgée de 39 ans, est admise le 30 juillet dans le service de M. Hewett, pour hernie ombilicale étranglée. Elle raconte qu'il y a sept ou huit ans, en faisant un effort, elle sentit que quelque chose se rompait dans la région ombilicale.

Depuis ce temps, elle a toujours porté un bandage pour soutenir sa hernie; mais celle-ci ne se réduisit jamais complètement. Elle n'occasionna jamais d'accidents, si ce n'est depuis un mois; elle sentit alors sa tumeur devenir douloureuse, augmenter de volume, et se durcir au toucher. Elle était enceinte de quatre mois et avait eu deux enfants depuis l'apparition de sa hernie sans trouble d'aucune sorte. Actuellement, il y a de la constipation, des nausées et une opération fut décidée. L'étranglement consistait en une petite anse de côlon transverse, une bride rigide fut coupée en deux d'abord, puis enlevée, quoique avec peine. Une petite escharre se forma sur les téguments après l'opération, il survint une légère poussée de péritonite mais qui disparut rapidement. Le 30 août, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXIX

Hernie crurale étranglée pendant la grossesse.

(SCANZONI, in thèse Perrichot, Strasbourg, 1869.)

Une primipare arrivée au huitième mois de sa grossesse, voit un exomphale se former et s'étrangler. La hernie constituait une tumeur du volume d'un œuf de poule, de mauvais aspect, à résonance tympanique non réductible.

Elle s'était développée spontanément huit jours avant l'entrée de la malade à la maternité.

Les manifestations d'étranglement augmentant de jour en jour, la prostration notable des forces, l'impossibilité de réduire la portion intestinale faisant saillie, nous décidèrent à provoquer l'accouchement prématuré qui eut lieu dix-huit heures après l'admission de la malade. Cependant celle-ci mourut douze heures après, par suite de gangrène du contenu de la hernie.

OBSERVATION XXX

Hernie ombilicale étranglée pendant la grossesse.

(Observation n° 315. Œuvres chirurgicales de Sir ASTLEY COOPER.)

M^{me} R..., âgée de 40 ans, qui avait depuis cinq ans une hernie ombilicale réductible, était arrivée au milieu de sa huitième grossesse quand sa hernie s'étrangla.

La réduction en fut opérée, le 4 février 1810, sans beaucoup de peine. La hernie s'étrangla de nouveau le 8 du même mois, et elle fut réduite en apparence, après une saignée de six onces. Mais la malade ayant négligé de porter son bandage, l'étranglement se produisit pour la troisième fois, et d'une manière plus grave : nausées, vomissements, constipations, etc. Après l'emploi infructueux des divers moyens employés en pareil cas, l'opération fut pratiquée le 10 février, à 11 heures.

Les téguments étaient très minces; ils recouvraient une petite portion d'intestin renfermée dans un sac allongé en doigt de gant, de telle sorte que je fis pénétrer mon doigt dans toute la longueur de ce sac, avant d'arriver à l'étranglement, avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt, je pratiquai plusieurs petites incisions qui me permirent de réduire immédiatement; ce que je fis, quoique l'intestin fut d'un rouge approchant du brun foncé; mais les adhérences étaient très peu étendues.

Pendant le reste du jour et pendant la nuit, la malade n'eut point de vomissements, mais elle fut souvent incommodée par des gaz venant de l'estomac. Elle ne ressentait pas de douleur

très vive, mais une souffrance générale dans l'abdomen, qui était dans un état de tension assez considérable. La peau devint chaude, le pouls plein.

A deux heures après midi, je fis une saignée de bras de seize onces, le sang était couenneux. De l'agitation s'étant manifestée, je prescrivis vingt gouttes de teinture d'opium.

A trois heures, deux drachmes et demie d'une mixture cathartique. A six heures, même prescription. A huit heures, un lavement qui n'amena pas de selles.

Tout espoir de succès paraissait perdu. La malade n'avait pas de sommeil; agitation continuelle. A onze heures, vomissements. A minuit, la malade rendit de lavement. A une heure, évacuation de matières fécales, jusqu'à deux heures, avec émission d'une quantité de gaz.

Pouls plus petit et languissant. (Eau vineuse.) Assoupissement jusqu'à trois heures : sommeil assez bon pendant une demi-heure; oppression considérable causée par des gaz contenus dans l'estomac; après avoir vomi, la malade dormit pendant une demi-heure.

A cinq heures et demie, vomissements. A six heures, deux « drachmes » de mixture purgative. La malade n'avait pas eu d'urine depuis huit heures. Le laxatif fut rejeté très promptement. Ensuite, elle dormit jusqu'à sept heures. A ce moment, elle se plaignit d'un peu de mal de cœur (16 gouttes de teinture d'opium). Nouveau sommeil jusque vers neuf heures. Je retirai par le cathétérisme environ une pinte d'une urine fortement colorée. Pouls à 92, mou; persistance de l'oppression causée par les gaz; soif, langue contractée à la pointe; disparition des nausées; peau légèrement sèche. La malade avait pris un peu de rôtie dans un thé; elle se retourna sur le côté opposé à celui sur lequel elle était couchée, et, à onze heures elle dormit pendant une demi-heure, puis encore une autre demi-heure, puis deux heures sans interruption. A son réveil, elle prit du gruau.

Les vents avaient diminué. A sept heures, je tirai une demi-pinte d'urine fortement colorée. Je prescrivis un lavement

qui réussit très bien. La malade éprouva quelques coliques et rendit beaucoup de vents et de matières fécales; cette femme avait toujours beaucoup de vents dans ses grossesses, ce qui l'empêchait de reposer tranquillement dans son lit. A neuf heures, la malade commença à prendre une potion purgative de quatre en quatre heures. Avec cinq gouttes de teinture d'opium dans chaque dose. Cette potion fut rejetée avec une grande quantité de gaz. Cet état de choses dura jusqu'à minuit.

Dans toute la nuit, la malade eut environ trois heures de sommeil, soif vive. Le cathétérisme amena une petite quantité d'urine fortement colorée (sené et purgatifs).

Le 17, il n'y eut pas de selles; pouls à 100, mais plein, un lavement dans la soirée fit rendre des vents et quelques matières fécales endurcies. (Emulsion d'huile de ricin toutes les quatre heures.) L'urine continua à offrir les mêmes caractères. A huit heures, il survint tout à coup une transpiration abondante; le pouls devint petit et s'éleva à 118.

Le 18, la malade avait pris deux fois l'émulsion qui n'avait commencé à agir que vers minuit. A cinq heures, elle avait eu dix selles qui l'avaient beaucoup soulagée. Pouls à 96. Continuation de la transpiration; abdomen souple, soif moindre; vents moins incommodes; deux heures de sommeil seulement dans la nuit. Dans la soirée, on sonda la malade. *Le 14*, la malade avait dormi la plus grande partie de la nuit. Elle était mieux sous tous les rapports, l'urine était encore fortement colorée; langue humide se nettoyant à la pointe. A quatre heures de l'après-midi, l'urine tirée avec la sonde avait une coloration naturelle; pouls à 92. Les vents étaient moins nombreux.

Le 15, peu de repos; rêves, soif. (Emulsion d'huile de ricin qui est encore vomie, lavement.) Il y eut deux selles.

Le 16, sommeil meilleur; pansement de la plaie qui a un bon aspect; pouls de 96 à 100.

Le 17, deux selles produites par le purgatif, pouls à 100, petit et mou.

Le 19, amélioration progressive ; pas de selles depuis le 17.

Les purgatifs ont passé en plus grande quantité et la malade a commencé à se lever dans la journée.

A partir de ce moment, elle s'est rétablie très promptement. Parfois il a été nécessaire de lui donner une ou deux pilules laxatives pour faire cesser la constipation.

Le 28 juin, elle a mis au monde un bel enfant qui est encore en vie.

Elle est parfaitement rétablie maintenant. (Juin 1815.)

OBSERVATION XXXI

Hernie ombilicale étranglée chez une femme enceinte.

Opération. — Guérison.

(Dr ARNISON, *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LXXVIII, p. 472.)

Il s'agit dans cette observation, d'une femme de 38 ans, enceinte de cinq mois qui entra le 16 septembre dernier à l'infirmerie de Newcastle-on-Tyne, pour une hernie ombilicale étranglée. Les symptômes de l'étranglement remontaient à la matinée du 14. Divers moyens mis en œuvre avant l'entrée à l'hôpital, et entre autres, bien entendu le taxis, avaient été impuissants à procurer la réduction. La hernie datait du premier accouchement, seize ans auparavant, et depuis, à chaque parturition nouvelle elle avait pris un volume de plus en plus considérable. Elle n'avait jamais été réductible et formait une tumeur volumineuse, irrégulière, offrant à son sommet la cicatrice ombilicale élargie ; cette tumeur, tendue et résistante au toucher, était en même temps sensible à la pression.

A l'hôpital, les symptômes ne présentèrent pas d'abord des caractères d'urgence prononcés. Le chirurgien interne qui le premier vit la malade en l'absence du chef de service, le docteur Arnison, essaya de nouveau la réduction, mais sans succès. Vers minuit, il survint du hoquet, avec envie de vomir et menace de syncope, indiquant la nécessité d'une opération immédiate. M. Arnison, appelé aussitôt, ayant échoué dans une nouvelle tentative de taxis, ainsi qu'en introduisant dans le rectum un long tube et en injectant une grande quantité d'eau

tiède, se décida à opérer sans plus de délai, ce qu'il ne fit toutefois qu'après avoir tenté de nouveau la réduction, pendant que la malade se trouvait sous l'influence du chloroforme administré en vue de l'opération.

Une incision pratiquée au côté droit de la tumeur dans un point où la coloration était restée normale, et où les téguments étaient très amincis, conduisit sur le sac, qui fut ouvert.

On rencontra d'abord une portion d'épiploon sain, volumineux, au-dessous de laquelle se trouvait une anse d'intestin, congestionnée et d'une couleur sombre, mais lisse et brillante. L'anneau ayant été débridé latéralement sur le doigt on essaya de réduire, mais sans succès; une seconde incision de l'ouverture aponévrotique ne réussit pas mieux; une troisième, pratiquée dans un point où l'anneau présentait une rigidité prononcée, fut enfin suivie du résultat désiré : l'intestin rentra avec facilité dans la cavité péritonéale. On n'essaya pas de replacer l'épiploon, qui était resté irréductible depuis un si grand nombre d'années ; mais dans le but de rendre possible l'occlusion de la plaie, on en lia la plus grande partie qui fut ensuite excisée. La plaie fut réunie au moyen de sutures et recouverte d'une bande de flanelle.

Après l'opération, le poulx prit plus de volume, et la malade se sentit mieux; mais il y eut continuation des nausées, qui furent combattues au moyen de l'eau-de-vie et de l'eau de seltz.

Le 17, à dix heures du matin, le poulx est à 120. La malade a dormi à plusieurs reprises. Les nausées persistent. Toutefois, il n'existe ni douleur, ni sensibilité; des gaz; des gaz et des matières ont été évacués. Vin de Champagne, une demi-once toutes les quatre heures. Le soir, à dix heures, l'amélioration a fait de nouveaux progrès, le mal de cœur a disparu.

Le 18, à dix heures du matin (assez bon sommeil pendant la nuit), côlon très détendu; ni douleur, ni sensibilité. Thé de bœuf et lait, continuation de vin de Champagne. Lavement à l'asa foetida. Le soir, à dix heures, distension intestinale amé-

liorée; garde-robe à la suite du lavement, thé de bœuf et lait. Pouls 122, respiration 40. Température 101°,4 (Fahrenheit).

Il survint à la suite un peu d'ulcération des téguments au pourtour de l'incision, ce qui n'empêcha pas l'opérée d'aller de mieux en mieux. Quelques petits abcès se formèrent aussi dans le voisinage, par l'élimination de portions mortifiées de l'épiploon excisé, mais sans qu'il en résultât d'inconvénients sérieux. La malade ne tarda pas à quitter le lit et sortit de l'hôpital le 10 octobre, en assez bon état, ayant encore une partie de la plaie non cicatrisée, mais qui ne tarda pas à le devenir.

Le volume de la tumeur herniaire avait augmenté avec les progrès de la grossesse, de nouvelles portions de l'épiploon, puis une portion d'intestin ayant été poussées dans le sac au fur et à mesure que l'utérus se développait, et cela malgré une ceinture bien faite, munie d'une pelote conave, parfaitement en rapport avec la hernie. En raison de ces circonstances, et aussi à cause du risque d'une récurrence de la hernie au moment de l'accouchement par suite des efforts nécessités pour l'expulsion d'un fœtus à terme, le docteur Anison crut devoir conseiller à la malade, au moment où elle quitta l'hôpital l'accouchement prématuré artificiel.

OBSERVATION XXXII

Dernièrement je fus appelé auprès d'une femme enceinte de huit mois qui avait des douleurs abdominales violentes et se croyait sur le point d'accoucher. Mais au toucher, je trouvai le col normal, pas la moindre dilatation et la partie foetale qui se présentait très élevée. A la palpation du ventre, je reconnus une hernie ombilicale volumineuse, irréductible depuis quelques jours et très douloureuse. Après quelques efforts de taxis, elle rentra, Le cours des matières se rétablit, les douleurs disparurent et l'accouchement n'eut lieu que vingt-cinq jours après.

(Icard, *Lyon médical*, t. XII, p. 456.)

OBSERVATION XXXIII

*Hernie ombilicale étranglée chez une femme de 40 ans,
enceinte de trois mois. — Kélotomie. — Mort.*

(Paul BERTHOD, *Gazette méd. de Paris*, mai 1886, p. 245.)

Le 23 décembre 1885, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Denouvillers, n° 64, service de M. le Dentu, la nommée D... Baptistine, âgée de 40 ans.

Enceinte de trois mois, et pour la quatrième fois. D... portait depuis sa première grossesse une hernie au niveau de l'ombilic. Cette hernie très volumineuse, était habituellement maintenue par un bandage et ne l'empêchait point de vaquer à ses occupations.

Depuis huit jours, spontanément, la région était devenue douloureuse, de telle façon que le bandage dut être abandonné et deux jours avant son entrée à l'hôpital en voulant lever un seau d'eau, elle éprouva une douleur extrêmement vive ; depuis ce moment, le cours des matières dans l'intestin fut complètement interrompu, et la malade se présenta avec tout le cortège d'un étranglement herniaire des plus caractérisés.

Après le taxis pratiqué en ville, la kélotomie faite immédiatement par M. le Dentu, permet de reconnaître la présence d'un volumineux paquet adipeux, qui est divisé en deux masses, dont chacune est pédiculée au moyen d'un gros fil de soie ; puis réséquée immédiatement au-dessus de la ligature. Une anse intestinale complète, longue d'une vingtaine de centimètres environ, sous-jacente à ce paquet de graisse et réduite facilement après que plusieurs légers débridements eurent été pratiqués sur le collet du sac au moyen d'un petit ténotome. La réduction est facile, et pour l'assurer, deux petites ligatures de catgut sont placées sur le collet du sac. Six points de suture cutanés avec le crin de Florence, pansement de Lister.

Alimentation : bouillon, champagne frappé. Extrait thébaïque, 0,05 par doses de 0,01 centigramme, toutes les deux heures. Température : soir, 37°4.

24 *matin*. — Température : 58°. La malade a eu dans la soirée une selle abondante, elle commence cependant à avoir des envies de vomir. La langue est sèche, les traits sont légèrement tirés; métrorrhagie pendant la nuit. Bouillon et champagne glacés; chlorhydrate de morphine, 0,01 centigramme.

24 *soir*. — Température : 38° 2. Même état; nouvelle injection de morphine.

25 *matin*. — Température : 37° 8. Vomissements verdâtres; le ventre se ballonne. Hoquets, péritonite. La malade a eu une nouvelle hémorragie plus considérable que la première, mais dont une injection vaginale d'eau chaude est facilement venue à bout. Pas de contractions utérines; pas de douleurs au niveau de l'hypogastre.

Extrait thébaïque, 0,10 par pilules de 2 centigrammes toutes les deux heures.

26 *matin*. — La situation est jugée désespérée. Température : 37° 2. Hoquets de plus en plus fréquents; rire sardonique. Mort à sept heures du soir.

OBSERVATION XXXIV

Hernie ombilicale étranglée.

(COTHERILL, *Trans of the med. and surg. Soc. of Edinburgh*,
VIII, p. 25, 1889.)

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui depuis sept ans, portait une hernie ombilicale. Jamais elle n'en avait été incommodée.

Dans le septième mois d'une grossesse, cette femme glissa et fit un effort violent pour se retenir. Elle ressentit aussitôt des douleurs dans sa hernie, qui s'enflamma. La réduction, toujours possible jusqu'alors, ne put être obtenue.

On fit la laparotomie. Le côlon transverse, contenu dans le sac herniaire, était gangrené; on le réséqua sur une étendue de 64 centimètres et on créa un anus artificiel. Deux jours après cette intervention l'opérée mit au monde un enfant de sept mois qui vécut deux jours.

Quelques mois après cette première opération, Cotherill pratiqua l'entéroraphie et eut la satisfaction de sauver sa femme.

(D'après Jules Bakel, *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1894.)

OBSERVATION XXXV

Hernie ombilicale étranglée pendant la grossesse.

(LANGE, traité d'accouchement.)

« Dans le seul cas de hernie étranglée que j'ai observé dans ma carrière, chez une femme grosse (hernie ombilicale) qui subit cet accident à la fin du huitième mois de la grossesse, la réduction avait été tentée par plusieurs médecins et probablement malheureusement avec trop de persistance. Je réussis à sauver l'enfant par un accouchement prématuré. Mais la mère succomba parce que l'anse intestinale avait été frappée de gangrène. »

OBSERVATION XXXVI

Hernie ombilicale étranglée pendant la grossesse.

(GUISINI, *The Provinc. med. Journal*, 1893, p. 223.)

B..., âgée de 38 ans, est arrivée au sixième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital pour une hernie ombilicale étranglée. Toutes les tentatives furent vaines. Il survint des vomissements, de violentes douleurs, du collapsus. On fit la herniotomie.

Cependant, deux jours après, symptômes d'iléus et de nouveau collapsus. La malade prit de la térébenthine par le rectum, du sulfate de magnésie par l'estomac, de la strichnine par la voie sous-cutanée. L'état s'améliore peu à peu, huit jours après l'opération, l'avortement se produisit, après lequel la guérison s'acheva sans trouble.

OBSERVATION XXXVII

Hernie ombilicale au cours de la grossesse.

(Thèse VALLON, 1904, observation V, page 63.)

M^{me} L..., 35 ans, entre le 28 février 1904 à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Gross. Cette femme n'accuse aucun antécédent morbide, héréditaire ou personnel; ses parents sont encore vivants et bien portants. Elle a des frères et sœurs en bonne santé. Il n'y a pas de hernieux dans sa famille.

Personnellement, elle n'a jamais été malade. Réglée à 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement, sans jamais aucun trouble du côté de sa vie génitale. Mariée à 24 ans, elle est mère de quatre enfants. Ses grossesses antérieures ont été aussi favorables que possible. Elle a accouché chaque fois à terme d'enfants vivants en présentation du sommet.

Ses accouchements furent tous très réguliers et la femme n'eut jamais à recourir à un médecin, ses suites de couches furent également très bonnes. Il y a huit ans, après la première grossesse, la malade s'aperçut qu'elle portait une petite tumeur au niveau de l'ombilic; cette tumeur, nullement douloureuse, rentrait très facilement sous la pression de ses doigts, et la malade ne s'en inquiéta jamais. Après chacune des grossesses qui suivirent, la tumeur s'accrut. De grosse comme une noix qu'elle était après la première, elle était du volume du poing, à la fin de la quatrième.

Depuis cinq mois, la femme est enceinte pour la cinquième fois. Sa hernie n'a cessé de s'accroître encore. De plus, depuis le commencement de cette dernière grossesse, elle ne rentre plus, ni complètement, ni facilement. Elle est devenue irréductible. Cette irréductibilité ne va pas sans avoir causé quelques troubles digestifs, qui n'ont cependant revêtu aucun caractère de gravité, quelques coliques, vomissements, quelques constipations, que la malade mit sur le compte de sa grossesse, et c'est tout.

Le 27 février 1904, le matin, la malade est prise de dou-

leurs vives au niveau de sa hernie; la tumeur devint tendre, sensible à la moindre pression.

En même temps survinrent des vomissements alimentaires, une constipation absolue des matières et des gaz. Devant ces symptômes alarmants, son mari se décida à l'amener à l'hôpital, où elle arriva le 28 février, à 2 heures et demie de l'après-midi.

Etat actuel : M. Sencert voit la malade à trois heures. L'état général est bon. Le facies n'exprime pas l'angoisse habituelle aux maladies qui interrompent la circulation des matières intestinales. Les yeux sont vifs, le nez n'est pas froid. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre; la malade n'a rien pris qu'elle n'ait vomé depuis hier matin. La température est de 37°8; le pouls régulier, égal, bien frappée, est à 92.

Pas de selles ni de gaz depuis hier matin. En somme, les symptômes généraux ne sont pas encore très marqués. Il n'en n'est pas de même des signes locaux. La tumeur, du volume des deux poings, siège sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic et se développe vers le bas, à partir de la cicatrice ombilicale.

A l'inspection, on se rend compte de la forme de la tumeur, qui semble multilobée; la peau amincie est rouge par endroits. Dans les plis qui séparent la face externe de la tumeur de la paroi abdominale, il y a de l'intertrigo.

A la palpation, on sent une tumeur dure par places, de consistance assez inégale ; l'extrémité inférieure de la tumeur donne la sensation grenue de l'épiploon, la partie supérieure, au contraire rénitente, molle, fait penser à une anse intestinale.

A la percussion, on trouve de la sérosité à la partie supérieure gauche de la tumeur; l'extrémité inférieure est mate. Toutes ces manœuvres doivent du reste être pratiquées avec la plus grande douceur, car la moindre pression est douloureuse.

En présence de ces symptômes locaux très nets, la constipation absolue et des vomissements, le diagnostic de hernie ombilicale **étranglée** s'impose.

Du côté de l'utérus on voit que le fond remonte jusque sous le pédicule de la hernie; l'utérus n'est pas mobile à cause de la défense abdominale que la moindre palpation provoque.

Le toucher fait reconnaître un col ramolli, fortement rejeté en arrière. Le diagnostic de grossesse n'est pas douteux. Du reste la femme a senti remuer l'enfant depuis quelque temps.

L'âge de la grossesse est d'environ cinq mois et demi. Malgré l'état déjà avancé de la grossesse, M. Sengert pratiqua la kélotomie.

Anesthésie au chloroforme. Narcose tranquille. Double incision semi-elliptique circonscrivant le pédicule de la tumeur et ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Du côté gauche, on écarte, du bout de l'index le tissu cellulaire sous-cutané, pour bien mettre l'aponévrose à nu. Une incision curviligne porte sur cette aponévrose qui est amincie; on ne peut voir le bord interne du muscle droit, qui est fortement rejeté en dehors par suite de la grossesse. Arrivé sur le péritoine, on l'incise à 1 centimètre en dehors du collet du sac.

Le doigt est introduit dans le sac de dedans en dehors et le collet du sac est incisé aux ciseaux courbes sur le doigt protecteur. L'orifice de l'anneau est alors largement ouvert. On inspecte le contenu du sac; il y a une anse intestinale, mesurant 20 centimètres environ, et un paquet d'épiploon adhérent de toutes parts. L'intestin est noir, dépoli par places, flasque même à un endroit; arrosé d'un peu d'eau chaude, il prend cependant un aspect plus rassurant et l'opérateur se décide à le rentrer. Ce n'est pas sans l'avoir soigneusement épongé et sans avoir vidé le sac du liquide septique qu'il contenait. L'anse intestinale rentre facilement, mais elle rencontre immédiatement le fond de l'utérus qui la repousse en dehors, et il est très difficile de la maintenir réduite. On est obligé d'écarter légèrement le fond de l'utérus pour faire place à l'anse intestinale fermée. L'épiploon adhérent est réséqué avec le sac. Il pèse 280 grammes. On achève la deuxième moitié de l'incision elliptique qui ne comprend encore que la peau, et le sac, l'épiploon, un lambeau de peau sont enlevés ensemble et couplés.

Un surjet de soie fine est placé sur le péritoine. Un double plan de sutures achève de fermer la paroi. Mais étant donné l'écartement des droits, il fut impossible de les rapprocher par des fils ; on dut se contenter de placer des points séparés sur l'aponévrose.

28 février soir. — Température : 37° 5. Pouls : 90. Bon, régulier, égal. Les vomissements ont cessé

29 février matin. — Température : 37° 2. Pouls : 84. Régulier. La malade a eu une selle.

1^{er} mars matin. — Température : 37° 2. Pouls : 86. Régulier, bien frappé. L'état de la malade est de plus en plus satisfaisant.

Le 4 mars, la malade est prise de vives douleurs abdominales avec frissons et ascension de la température, à 39°5. On ouvre le pansement et on trouve une induration phlegmoneuse au niveau de la cicatrice; on fait sauter deux crins, à la partie inférieure de la cicatrice, et on met un tube de drainage sous la peau.

Le soir même, la température est retombée à la normale. Les douleurs abdominales n'en persistent pas moins. De fortes coliques rappellent à la malade les douleurs de ses accouchements antérieurs. Au toucher, on sent le col légèrement effacé et dilaté. On donne de l'opium et un lavement laudanisé. On recommande l'immobilité absolue.

Le 5 mars : les douleurs se sont apaisées. Au toucher, on trouve le col complètement effacé et dilaté comme 50 centimes : médication opiacée. Nouveaux lavements laudanisés. Le soir, les douleurs ont complètement cessé.

Le 6 mars, la malade se sent tout à fait bien; au toucher, on trouve le col moins effacé et moins dilaté. Depuis ce moment, tout est rentré dans l'ordre. Pendant une quinzaine de jours, on change tous les deux jours le pansement et, après ce temps, la guérison de la plaie est complète.

La malade se lève au bout de trois semaines et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 1^{er} avril 1904, ayant toutes chances de mener à bien sa grossesse.

OBSERVATION XXXVIII

ROCHELT. — *Hernie ombilicale étranglée. — Herniotomie. Cure radicale. — Mort par hémorragie après avortement.*

(*New Médical Presse*, 1882, XXIII, p. 1299.)

Une femme, âgée de 42 ans, mère de quatre enfants, est atteinte depuis des années d'une hernie ombilicale qui a fini par atteindre le volume d'un poing, et qui est devenue depuis longtemps irréductible. Depuis un jour ou deux, la malade présente les symptômes les plus nets de l'étranglement herniaire. Le médecin appelé a essayé, à plusieurs reprises, mais sans succès de réduire la hernie par le taxis. Après avoir moi-même fait quelques essais de réduction, je me résous à pratiquer la herniotomie. D'après la méthode de Dieffenbach, je pratiquai une incision au bord gauche de la tumeur. Cette incision va jusqu'au péritoine qui est ensuite incisé. Le doigt introduit dans la cavité abdominale cherche à pénétrer ainsi dans le sac herniaire. Cette manœuvre ne réussit qu'après que l'étranglement eût été débridé. Malgré ce débridement une réduction complète ne put être obtenue à cause des nombreuses adhérences qui unissaient au sac le contenu de la hernie. Le gros intestin recouvert d'épiploon ne fait qu'un avec le sac herniaire et la peau.

Patiemment, il est détaché de ses adhérences et il se laisse enfin réduire. Le sac est excisé; le collet du sac est réuni par une ligne de sutures au catgut par-dessus, la peau est fermée par une seconde rangée de sutures à la soie. Pansement de Lister.

Pendant deux jours, l'état de la malade est très satisfaisant. Le troisième jour, je ne fus pas peu surpris de trouver la malade dans le collapsus sans pouls, et nageant dans une mare de sang. L'explication de ce fait me fut bientôt donnée, la malade était enceinte de trois mois. Le matin du troisième jour, elle avait senti de violentes douleurs abdominales; l'a-

vortement s'était produit et une hémorragie abondante en avait été la conséquence. La malade était ainsi restée sans secours avant mon arrivée. J'enlevai tous les caillots, et je fis un tamponnement vaginal. J'appliquai sur le bas-ventre des compresses froides; j'administrai des stimulants et j'enveloppai les extrémités avec du coton, des bandes. La malade se remit. Puis je fis des lavages vaginaux; je donnai de l'ergotine et quittai la malade, rassuré. Malgré cela, l'état ne tarda pas à s'aggraver et la malade mourut pendant la nuit, il n'y avait eu aucun symptôme de péritonite; la plaie présentait un très bon aspect, et n'était nullement douloureuse.

J'ai donc la conviction qu'il faut attribuer à l'avortement l'issue fatale de cette opération.

OBSERVATION XXXIX

Cas rapporté par Soutam; c'est l'observation d'une femme, âgée de 46 ans, multipare qui avait une hernie ombilicale datant de quatorze ans, du volume de deux poings. On pratiqua l'opération de la kélotomie, trente-six heures après le début de l'étranglement. La malade guérit bien et accoucha heureusement à terme.

(In *Gazette de Strasbourg*, 1894-1895.)

OBSERVATION XL

Hernie ombilicale étranglée.

(*Anjou médical*, février 1912, p. 39, résumé du compte rendu de la Société des sciences médicales d'Angers, octobre 1911, P^r MONPROFIT.)

Une femme atteinte de hernie ombilicale étranglée au cours d'une dix-septième grossesse. Les suites opératoires immédiates furent mauvaises; la malade faisait une température élevée et l'on redoutait la péritonite lorsqu'un accouchement prématuré provoqua une défervescence brusque suivie de guérison.

OBSERVATION XLI

Jones dit avoir observé un cas de hernie ombilicale étranglée pendant la grossesse chez une femme âgée de 45 ans, mère de plusieurs enfants; trois jours après le début des symptômes d'étranglement la kélotomie fut pratiquée avec succès car la malade guérit et accoucha à terme.

(In *Gazette de Strasbourg*, 1894-1895.)

OBSERVATION XLII

SYDNEY JONES. — *Strangulated umbilical hernia complicated with Pregnancy : ligature of such of sac, removal of rest of sac and redundant skin : cure.*

(*The Lancet*, 1887, I, p. 70.)

E. D..., âgée de 41 ans, entre à Saint-Thomas-Hospital, le 8 novembre 1886. La malade a remarqué la présence d'une tumeur ombilicale après la naissance de son quatrième enfant, il y a huit ans.

Cette tumeur s'est constamment accrue depuis et est devenue très volumineuse. La malade dit avoir eu déjà ce qu'elle appelle « slight touch of the cramp ». Mais jamais de douleurs comme maintenant. Ces douleurs ont apparue avant-hier (6 novembre) et depuis elle ne put aller à la selle. Elle prit deux potions d'huile de croton, qu'elle vomit, et elle souffrit d'une façon constante depuis. Elle est enceinte de cinq mois. A l'examen on trouve une grosse hernie ombilicale, du volume d'un sucrier ordinaire et comparée par M. Jones à un champignon étranglé à sa base. La peau est inégale, adhérente dans la profondeur rouge foncé.

M. Sydney Jones décida l'opération sur-le-champ.

La malade cependant hésite, demandant à être remise au lendemain. Comme les symptômes ne sont pas très pressants, l'opération est remise à l'après-midi. La malade continue à vomir sans avoir cependant encore des vomissements fécaloïdes.

A 4 h. 15 de l'après-midi, la malade accepte l'opération.

Incision longitudinale sur toute la longueur de la tumeur. Le sac est ouvert par une incision semblable et le contenu de la hernie est mis à nu. Il comprend une grosse masse épiploïque en grande partie adhérente au sac avec une anse intestinale. L'intestin est très congestionné, de couleur pourpre, mais de consistance ferme.

La plus grande partie de l'épiploon hernié est liée et excisée, et le sac libéré. On le sépare de la peau, on le lie, après avoir rentré l'anse intestinale. Comme quelques liquides s'écoulent encore par la ligature, on place une série de fils par-dessus pour compléter l'occlusion du sac. On ferme l'anneau ombilical par quelques fils de catgut, on résèque une portion de peau, et on ferme la plaie après drainage. L'opération a été pratiquée sous le spray; un pansement de Lister couvre la plaie.

10 novembre. — Température : 100°4 (Fahrenheit). La malade a sept bonnes heures de sommeil.

11 novembre. — La malade a vomi trois fois dans la nuit; les vomissements ne comprennent que le contenu de l'estomac. Une petite diarrhée s'est établie. La langue est sèche. Le pouls est à 108. La malade dort pendant la plus grande partie de la nuit et le matin, elle se trouve très bien. Température : 99°4. Elle prend quelques gouttes de lait toutes les deux heures.

Le 12 novembre. — La plaie est pansée sous le spray. Elle semble bien réussie. On enlève le drain.

13 novembre. — La malade a encore vomi deux ou trois fois; quelque diarrhée persiste. Température : 99°. Pouls : 98.

14 novembre. — Il y a toujours un peu de diarrhée, la langue est pâle et humide. Il n'y a plus de douleurs abdominales.

15 novembre. — On supprime les injections de morphine qu'on avait données jusqu'à ce jour.

Les jours suivants, l'état général s'améliore de plus en plus; la diarrhée persiste encore quelques jours, mais les vomissements ont cessé. La malade goûte un sommeil réparateur.

Elle commence à manger, et, le 29 novembre, elle est complètement guérie.

OBSERVATION XLIII

Observation rapportée par Park, l'ayant observée chez une femme de 39 ans, qui avait une hernie ombilicale vieille de deux ans.

Pendant sa grossesse celle-ci, de la grosseur d'un poing d'enfant, s'étrangla. L'opération fut pratiquée moins de douze heures après. Une partie de l'intestin étant déjà frappé de gangrène on le réséqua, La malade eut quelques signes de péritonite du deuxième au quatrième jour, mais guérit cependant très bien et accoucha heureusement au terme de sa grossesse.

(In *Gazette de Strasbourg*, 1894-1895.)

OBSERVATION XLIII A

Hernie ombilicale épiploïque irréductible.

(*Gazette médicale de Strasbourg*, 1^{er} mai 1895, par M. Jules BOECKEL.)

La nommée B... Emilie, 38 ans, entre à l'Hôpital civil de Strasbourg, le 28 décembre 1879. C'est une femme vigoureuse, grasse, de bonne constitution qui n'accuse aucun antécédent morbide. Mariée, mère de six enfants, elle a toujours été bien réglée jusque il y a environ trois mois. Depuis lors, ses règles ont disparu. A cette même époque, une tumeur grosse comme une orange apparut à la suite d'un violent effort au niveau de l'anneau ombilical. Elle se développa au point d'acquérir les dimensions de deux poings d'adulte restée stationnaire depuis quatre semaines, elle occasionna bientôt de vives douleurs, entraîna des vomissements et de la constipation et mit la malade dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations.

M^{me} B. me consulta pour la première fois le 24 décembre. Le diagnostic n'était pas douteux, on avait affaire à une hernie ombilicale épiploïque irréductible et entraînant de temps à autre des symptômes d'étranglement. Il y a en même temps grossesse de 3 mois.

La malade demandant à être débarrassée de sa tumeur, qui, dit-elle, l'empêche de travailler, nous accédons à sa demande, considérant l'intervention chirurgicale comme parfaitement légitime en raison des troubles divers qu'elle a occasionnés et des dangers qu'elle peut faire naître d'un instant à l'autre. Les suites nous paraissent d'ailleurs devoir être peu dangereuses sous le pansement de Lister. La malade est purgée le jour qui précède l'opération, le matin même on lui administre un grand lavement. Laparotomie le 31 décembre 1879, à 9 heures du matin, en présence et avec l'assistance de M. le docteur Antony, médecin-major à Chalon-sur-Saône, de MM. les docteurs Lentz, Buhlmann, Müller, et de M. Kaltenthaler pour la chloroformisation.

Précautions antiseptiques ordinaires Spray à vapeur, pendant toute la durée de l'opération.

Deux incisions de 14 centimètres, légèrement courbes, circonscrivant la tumeur de chaque côté, se confondant en haut et en bas, sont faites à l'aide du bistouri. Les muscles et le péritoine divisés, on constate qu'un volumineux paquet d'épiploon s'est engagé dans l'anneau ombilical et qu'il se continue par un pédicule de la largeur de deux doigts avec le grand tablier épiploïque. La portion herniée a contracté par-ci par-là des adhérences avec le sac herniaire; on les rompt à l'aide des doigts et du manche du bistouri, et on lie quatre ou cinq artérioles qui donnent du sang avec du catgut n° 2. L'extrémité terminale de la partie herniée est intimement soudée au sac; force est de la sacrifier. On la lie en deux faisceaux, à 5 centimètres de l'orifice de ce dernier, et on la retranche avec tout ce qui constitue la poche herniaire. Cela fait, on réduit l'épiploon dans l'abdomen et on applique deux sutures métalliques profondes et une quinzaine d'épingles superficielles. Tube de verre à l'angle inférieur de la plaie.

Pansement de Lister. T. soir : 36°8.

Le 1^{er} janvier 1880. T. matin : 37°2; soir : 36°8.

Le 2 janvier. T. matin : 36°5; soir : 37°4.

Suintement séreux abondant. Enlèvement du tube et des épingles. Hoquets fréquents, ventre ballonné.

Le 3 janvier. T. matin : 37°3 ; soir : 37°8.

Le ballonnement du ventre a augmenté, vomissements bilieux; la respiration de la malade est fréquente. Facies altéré. L'auscultation des poumons révèle des râles d'œdème pulmonaire disséminés dans toute la partie supérieure de la poitrine. Lavage de l'estomac à l'aide du siphon stomacal à la visite du matin. Après cette manœuvre, l'opérée se sent notablement soulagée, on répète les lavages trois fois par jour ; un mieux sensible s'ensuit à chaque fois.

Le 4 janvier. — Ventre plus souple ; hoquets. Trois lavages de l'estomac ; la respiration est moins gênée. T. matin : 38°7; soir : 38°2.

Le 5 janvier. — T. matin : 38°3 ; soir : 38°4.

Etat satisfaisant ; la malade rend quelques gaz par l'anus. Ventre souple; respiration normale. Les râles ont presque entièrement disparu. Enlèvement des sutures profondes.

Le 6 janvier. — Apyrexie ; la plaie s'est désunie sur presque toute son étendue, sous l'influence du ballonnement du ventre ; l'épiploon fait hernie à travers les lèvres de la solution de continuité et a contracté des adhérences avec elles. Bande de sparadrap faisant deux fois le tour de l'abdomen.

Le 10 janvier. — Dernière selle solide. Etat général des plus satisfaisants. La plaie s'est rétrécie.

Le 15 janvier. — Bourgeons charnus de bonne nature. Plaie réduite de moitié. Etat général excellent ; suppuration le long du trajet des fils.

Le 20 janvier. — Suppuration très faible nécessitant un pansement quotidien.

Le 24 janvier. — La malade croit sentir des mouvements dans le bas-ventre ; elle est agitée, a des vomissements. Apyrexie.

Le 26 janvier. — A 11 heures du soir, l'opérée accouche d'un fœtus d'environ 4 mois, qui fait deux ou trois inspirations et meurt au bout de quelques secondes.

Le 30 janvier. — La plaie est presque entièrement cicatrisée; il existe au niveau du point de suture inférieur et gauche un

point fluctuant qui incisé donne issue à une cuillerée à café d'un pus crémeux.

Le 10 février. — Incision d'un nouvel abcès au niveau du trajet du fil supérieur gauche.

Le 16 février. — La plaie et les abcès sont entièrement guéris ; la malade se lève pour la première fois.

Le 20 février. — Elle se promène dans la salle. Exeat le 1^{er} mars, munie d'une ceinture abdominale.

Trois semaines après sa sortie de l'hôpital, la malade se présente à la consultation. Nous constatons une éventration notable au niveau de la cicatrice. Deux ans plus tard, l'éventration a acquis des proportions colossales. Elle a des dimensions d'une tête de fœtus à terme.

La malade, très incommodée par cette infirmité, entre une deuxième fois au service et y subit une nouvelle laparotomie destinée à guérir son éventration. La guérison est obtenue, mais le résultat curatif demeure nul.

OBSERVATION XLIII B

(M. le Professeur agrégé MICHEL. Obs. 1, thèse Vallon, p. 97.)

A. C..., femme de 27 ans, entre à l'Hôpital civil de Nancy, au mois de septembre 1903, dans le service de M. le professeur Gross, pour une hernie ombilicale irréductible. Les antécédents héréditaires et personnels de cette femme ne présentent rien de particulier à signaler.

Elle est mariée et mère d'un enfant vivant et bien portant, son premier accouchement remonte à trois ans. La grossesse a suivi son cours normal, et l'accouchement a eu lieu à terme sans encombre. Quelques mois après le premier accouchement, la femme s'aperçut qu'elle portait dans la région ombilicale une petite tumeur qui n'existait pas auparavant. Elle ne prêta d'abord pas grande attention à ce fait, et ce n'est que plus tard, quand elle vit grossir la tumeur, qu'elle commença à s'en inquiéter.

Il y a six mois, cette femme devint enceinte pour la seconde fois, et la tumeur s'accrut encore davantage. De plus elle était jusqu'à présent facilement réductible. De ce moment, elle ne rentra plus qu'en partie et avec beaucoup plus de difficultés. En même temps, des douleurs sourdes apparurent, inquiétant vivement la malade. Puis vinrent des troubles digestifs, douleurs après le repas, nausées, vomissements fréquents, qui poussèrent la malade à se présenter enfin à l'hôpital.

A son entrée, en septembre 1903, nous trouvons une femme vigoureuse, jouissant d'une santé générale assez bonne et qui est arrivée au sixième mois de sa grossesse. A la région ombilicale, elle porte une tumeur du volume d'une orange. Cette tumeur soulève la peau de l'ombilic, qui est très amincie, à chaque expiration et à chaque effort abdominal. Elle subit nettement l'impulsion de la toux.

Elle est un peu douloureuse à la pression; elle est complètement irréductible. La palpation donne la sensation d'une tumeur mollassse à contenu granuleux; il est vraisemblable qu'elle renferme de l'épiploon adhérent. Les symptômes fonctionnels consistent en troubles digestifs intenses, caractérisés presque chaque jour par des vomissements et constamment par une pesanteur gastrique insupportable. La tumeur est en outre le siège de douleurs locales intermittentes. Les signes de la grossesse sont évidents; l'âge de la grossesse est de six mois. En présence des douleurs et des troubles digestifs dont est affectée la malade, en présence de l'accroissement que subit la hernie, et malgré l'état avancé de la grossesse, M. le professeur agrégé Michel décida de pratiquer la cure radicale de la hernie.

Incision curviligne de chaque côté de la tumeur, comprenant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose des droits, jusqu'au péritoine. Ouverture du péritoine et incision du sac de dehors en dedans.

L'épiploon adhérent est patiemment libéré de ses attaches; quelques brides fusionnées avec le sac sont réséquées. Le sac lui-même, séparé d'avec la peau, est réséqué. On prati-

qua la résection de l'anneau ombilical. Puis la paroi est restaurée en trois plans, un surfil de soie fine sur le péritoine, des points séparés sur la ligne blanche abdominale; enfin, la suture de la peau au crin de Florence.

Les suites de l'opération furent des plus favorables. La malade se releva très vite de cette intervention, et le huitième jour la plaie était réunie par première intention. Les vomissements ont complètement cessé, les douleurs locales ont disparu; la malade mange avec appétit, et n'a plus de douleurs gastriques ni de pesanteur après le repas.

La grossesse suit normalement son cours. Aucune crainte d'accouchement prématuré ne vient troubler la guérison; et la malade quitte l'hôpital, complètement guérie au commencement d'octobre 1903.

Hernies inguinales

OBSERVATION XLIV

Hernie inguinale étranglée. — Hernie inguinale contenant l'utérus en état de gestation pour laquelle on pratique l'opération césarienne.

(Docteur Th. FISCHER, *Schmidt's 6 Jahrbücher der Gesamten medicin*, t. 37, *Gazette des Hôpitaux*, 1843.)

Madeleine Munger*, 44 ans, mère de sept enfants portait depuis une époque de dix ans antérieure à son mariage, une hernie inguinale du côté droit qu'elle n'avait jamais contenue. Pendant chaque grossesse, cette hernie devenait pour elle une cause d'incommodités nombreuses.

Vers le sixième mois de sa huitième grossesse, la hernie s'étrangla, mais au bout de quelques jours un cataplasme émollient et des applications froides suffirent par la faire rentrer. Cette réduction fut suivie de douleurs qui s'étendaient dans tout l'abdomen et, pendant leur durée, l'utérus sortit par l'anneau inguinal et vint se placer dans le sac de la hernie. On reconnut sans peine l'utérus renfermant le produit de la

conception. Il formait alors une tumeur de 8 pouces de long et de 6 pouces de circonférence.

La malade resta couchée, et sans autre accident jusqu'au terme de sa grossesse.

Le 19 janvier, à 6 heures du soir, elle commença à sentir les douleurs de l'enfantement, le col se dilata, les eaux s'échappèrent par le vagin. On se décida alors à pratiquer l'opération césarienne qui fut faite le même jour à 9 heures du soir. La tumeur avait 25 pouces de circonférence et 23 pouces environ de longueur.

Une incision longitudinale de 7 pouces d'étendue divisa les téguments. On eut ensuite à inciser le sac herniaire, puis la paroi interne. Le placenta parut alors avec les membranes. L'opérateur introduisit la main et amena un enfant plein de vie et bien conformé. Après avoir détaché le placenta, on réunir la plaie de la matrice en laissant cependant entre les bords un espace suffisant pour l'écoulement du sang. La malade très faible le jour suivant, fut prise de vomissements répétés sans cependant que l'abdomen devint sensible. Mort dans la matinée du 21 janvier.

Autopsie. — Une hémorragie abondante fournie par la plaie de l'utérus, s'était faite dans la cavité abdominale. Le canal inguinal était dilaté de manière à laisser passer facilement la main ouverte. Le côlon était détaché et occupait la cavité du sac.

OBSERVATION XLV

Une femme, âgée de 37 ans, qui avait eu déjà un enfant auparavant, était porteur d'une hernie inguinale gauche depuis sept ans. Lorsqu'elle fut enceinte de cinq mois, la hernie s'étrangla avec tous les symptômes qui firent pratiquer la kélotomy deux jours après. Celle-ci n'eut aucune suite fâcheuse, ni sur la malade, ni sur la marche de la grossesse, car elle arriva à terme.

(DIZZE. — *Monatschrift f. Geburt*, 1856, p. 365.)

OBSERVATION XLVI

C'est le résumé d'une observation de kélotomie pratiquée sur une femme enceinte au troisième mois de sa grossesse pour une hernie inguinale étranglée. Un avortement eut lieu, qui ne nuisit en rien à la santé de la malade, celle-ci guérit très bien.

WERNER. — *Zeitchrift f. Wumdaerzte*, 1859, p. 101.)

OBSERVATION XLVII

B. Schmidt cite deux cas de hernie inguinale droite étranglée pendant la grossesse.

Une femme, âgée de 31 ans, mère de trois enfants, portant une hernie inguinale à droite depuis très longtemps. Lorsqu'elle fut enceinte pour la quatrième fois et à trois mois de grossesse, la hernie s'étrangla brusquement. On pratiqua le taxis sans plus tarder (douze heures après).

La hernie se réduisit assez facilement, il n'y eut aucune suite fâcheuse, la malade se portant bien par la suite, accoucha à terme.

(*Med. und Chirurg. Geburt*, 1867, p. 101.)

OBSERVATION XLVIII

Une femme, âgée de 33 ans, secondipare, au quatrième mois de sa grossesse vit sa hernie, jusque-là réductible, s'étrangler subitement.

Trente et une heures après, le taxis n'ayant donné aucun résultat, la kélotomie fut pratiquée. La malade guérit et accoucha à terme.

(Id.)

OBSERVATION XLIX

Une jeune femme de 25 ans, qui n'avait jamais eu encore d'enfant, fut prise du quatrième mois de sa grossesse de tous

les symptômes d'étranglement herniaire. Une hernie inguinale s'était formée et étranglée brusquement. Vingt-quatre heures après le début des accidents, on pratiqua le taxis qui ne donna aucun résultat. La kélotomie fut décidée, elle réussit bien, car l'opérée guérit et accoucha à terme.

(*Ohio med. and Chirurg. Journal*, 1876, p. 75.)

OBSERVATION L

Un cas de hernie inguinale étranglée pendant la grossesse.

(Docteur SINTENIS in Kosch, *Centralblatt für Gynecol*, Esthland-Russie, n° 9, p. 248).

Le mercredi 13 novembre 1895, Marie Tedder, âgée de 32 ans, mariée et mère de deux enfants bien portants, venait me trouver dans la clinique Pigand (Lirland). Elle n'avait jamais eu jusque-là de maladie importante. Depuis des années, elle avait une petite tumeur inguinale à droite, inconstante comme grosseur. Jamais elle n'en avait souffert. Depuis mi-juillet, elle n'a plus ses règles et se sent enceinte. Depuis dimanche passé, elle a des maux de ventre, des tiraillements dans sa tumeur; depuis lundi, elle est constipée et vomit très souvent.

Etat : femme forte, enceinte de quatre mois, air abattu. Aucune affection au cœur, ni aux poumons.

Correspondant à l'anneau inguinal externe, il existe une tumeur parallèle au ligament de Poupart de 13 à 14 centimètres de long sur 5 centimètres de large. La peau normale recouvre cette tumeur, dure, mate, très douloureuse à la palpation, impossible à mobiliser dans aucun sens.

Ventre ballonné, sans mouvements péristaltiques, très sensible à chaque palper, donnant partout à la percussion un son tympanique.

Température : 37°8. Pouls à 100, très faible.

Diagnostic : hernie inguinale droite étranglée. Grossesse de quatre mois.

Un essai très prudent de taxis montre l'impossibilité de la

réduction, il faut renoncer à faire d'autres essais, étant donné l'état général de la malade (37°8) et la longue durée de l'étranglement. Il était impossible de transporter la malade dans une clinique, à Dorpater, pour faire l'opération, car l'état de la malade ne permettait pas un transport dans la plaine, durant 55 kilomètres, par des chemins détrempés d'automne.

Je me résolus à faire moi-même l'intervention, bien que manquant presque de tout ce qui est nécessaire aux opérations comme confortable.

L'opération devant se faire dans ma salle de réception des malades, qui fut nettoyée à la hâte sans personne comme assistant, il fallut que j'attende jusqu'au lendemain matin afin que mon collègue le plus proche, le docteur O.-A. Paelwe vint m'aider; il voulut bien se charger de l'anesthésie.

Nous commençâmes l'opération. Sous la plus rigoureuse asepsie (je me servis d'éther).

Je fis une incision en long sur la rotondité de la tumeur jusqu'au sac que j'ouvris. Il en sortit à peu près deux grosses cuillerées de pus jaunâtre, épais, qui sentait très mauvais.

A l'intérieur du sac, il y avait un entortillement intestinal d'à peu près 25 centimètres de long, dont les deux bouts avaient tourné de 180° et si bien serrés, que toute la masse intestinale était tout à fait comprimée dans le sac.

Quoique l'intestin fut très serré, et avait encore bon aspect, de couleur presque normale, la transparence de la séreuse était normale. Quelques petits caillots de sang dans la paroi étaient le seul signe de la lésion présente. Aussi le sac et les parois furent bien tamponnés avec de l'eau stérilisée. L'ouverture qui était à peine grosse comme le doigt fut élargie d'un centimètre avec des ciseaux et l'intestin remis en place. Alors le sac fut attiré en dehors, noué en deux parties et enlevé. L'autre bout fut abandonné dans la cavité abdominale. Ensuite, fermeture du canal inguinal en suturant le péritoine au fascia adjacent par quelques points de suture; enfin, l'ouverture de la plaie fut fermée avec quelques points cousus profondément.

Le cours de l'opération fut très satisfaisant, les deux premiers jours, il fallut donner, comme avant l'intervention, contre les maux de ventre, toutes les deux heures, de l'opium (teinture d'opium, 6 à 10 gouttes ou 0,006 de chlorhydrate de morphine). Le troisième jour, lavement et le sixième jour, huile de ricin, les deux avec succès, car on obtint plusieurs selles qui mirent fin aux maux de ventre.

La température et le pouls restèrent les deux premiers jours un peu fébriles, 37°5 à 38°1, pour faire place ensuite à une température normale.

La malade fut renvoyée au bout de six semaines et la grossesse suivit normalement son cours.

A peu près un an plus tard, la malade se présenta avec son enfant vigoureux, un garçon bien portant.

La cicatrice était jolie et bien unie. Les organes dans le bassin, normaux.

La grossesse et l'accouchement avaient suivi un cours normal.

OBSERVATION LI

(Obs. de M. DESGRANGES, *In* Valette, *Clinique Chirurgicale*.
Thèse Massat, obs. LXXX.)

Catherine T..., âgée de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1856, elle est couchée au n° 84 de la salle Saint-Paul. Cette femme est enceinte de trois mois, elle est de plus affectée depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qui s'est étranglée depuis trois jours.

1^{er} août. — Après avoir épuisé les tentatives de taxis, M. Desgranges fait l'opération. Les suites de l'opération furent très simples, la cicatrisation a marché rapidement, car le 9, la plaie ne présente plus qu'un diamètre de 1 à 2 centimètres. La malade se lève et se promène. Le 13, quelques coliques accompagnées de perte utérine se manifestent, repos au lit, lavement laudanisé.

Le 15, tout semble arrêté; mais la malade qui paraît redouter bien plus l'accouchement que l'avortement, recommence ses imprudences. *Le 18*, une nouvelle perte se manifeste. L'avortement a lieu. Cette fausse couche n'a pas de suites graves. La malade se rétablit promptement. Elle quitte l'hôpital le 24.

OBSERVATION LII

Hernie inguinale étranglée pendant la grossesse.

(M^{lle} KOMAROWSKY, th. Bâle, 1894, p. 15.)

Femme de 36 ans, quartipare. Pendant la première grossesse, se produisit au troisième mois, une hernie inguinale gauche, grosse comme une noisette, qui progressivement atteignit le volume du poing et donna bientôt lieu à des phénomènes d'étranglement (douleurs, vomissements). On dut avoir recours aux soins d'un médecin pour réduire cette hernie. Bandage.

OBSERVATION LIII

Femme de 35 ans, quintipare. Au début du deuxième mois de la grossesse, se produisit tout à coup, une hernie inguinale double qui fut contenue par la malade elle-même. Un mois après, la malade était prise de fièvre, de vomissements, de douleurs dans les hypocondres; elle fut admise à l'hôpital, puis renvoyée au bout de trois jours. Dix jours après sa sortie, pendant un travail, les deux hernies réapparurent et furent alors réduites par un médecin appelé aussitôt, quelques moments après, des vomissements survinrent qui se reproduisirent plusieurs fois pendant la journée. Sous le chloroforme on ne constate aucun étranglement; mais un étranglement interne était possible. Le onzième jour après la réduction, survint un avortement au quatrième mois. Le lendemain, mort.

L'autopsie montra du côté droit une petite inclusion en forme de gousset, du péritoine adhérent au tissu graisseux. Il

s'était vraisemblablement formé une hernie de Littre, une des formes les plus rares des hernies comme on sait. Dans l'iléon, à 20 centimètres de la valvule, perte de substance arrondie. Péritonite par perforation.

(Id.)

OBSERVATION LIV

D^r MULLER. — *Hernie inguinale droite étranglée.*

M^{me} R..., 40 ans, est envoyée, le 28 octobre 1910, à l'Hôtel-Dieu, par son médecin, pour des phénomènes d'occlusion intestinale remontant à quatre jours.

Les phénomènes morbides ont débuté brusquement par des douleurs abdominales siégeant principalement à l'épigastre et vers l'hypocondre gauche; les douleurs ont été suivies de vomissements et d'arrêt complet des matières et des gaz.

La malade est vue à son entrée à l'hôpital par l'interne de garde, qui diagnostique également une occlusion de cause indéterminée et fait appeler le chirurgien de garde. M. Muller voit la malade en cette qualité.

A l'interrogatoire de la malade, pas d'antécédents nets. La malade accuse seulement depuis quelques années quelques troubles gastriques mal caractérisés. Elle a eu quatre enfants; le dernier est âgé de 27 mois : rien d'anormal durant ses grossesses et ses couches. Actuellement, elle est encore enceinte de trois mois.

En somme, toute l'histoire pathologique de la malade remonte à quatre jours et se résume dans l'apparition, à cette date, et la persistance depuis, de douleurs abdominales, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz. La malade se plaint de souffrir surtout en haut et à gauche de l'abdomen, vers l'épigastre et l'hypocondre gauche. Elle ne se plaint d'aucune douleur ailleurs et n'attire pas du tout l'attention du côté de ses orifices herniaires.

A l'examen du ventre : léger météorisme, quelques anses se contractent et se dessinent sous la peau, surtout en haut et à

gauche de l'ombilic vers la région où la malade se plaint de souffrir.

La paroi ne présente aucune contraction de défense, elle est souple et se laisse déprimer sans difficulté ; la palpation est douloureuse vers l'épigastre et l'hypocondre gauche, là où la malade ressent des douleurs spontanées.

Le pouls est à 80, bien frappé. Température : 37°4. Langue saburrale.

En somme, de par l'interrogatoire et l'inspection du ventre, rien n'attire l'attention du côté d'une hernie : la malade ne se plaint pas de ses régions crurales ou inguinales, et aucune saillie anormale n'attire l'œil au niveau de ces régions.

Cependant, la palpation attentive de ces régions permet de déceler, au niveau de la partie interne du pli de l'aîne droit une petite tuméfaction profonde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, tuméfaction imperceptible à la vue. Cette tuméfaction est de consistance élastique, non dure. Pas de sonorité à la percussion. *Elle n'est pas du tout douloureuse à la palpation.* Interrogée spécialement au sujet de cette tuméfaction, la malade déclare s'en être aperçue, il y a deux mois, mais n'y avait pas attaché d'importance, parce que ça ne lui a jamais fait mal. En particulier, dans ces derniers jours, la tuméfaction n'a jamais été douloureuse ni même seulement sensible, si bien que la malade n'y pensait même pas et n'a pas songé à attirer l'attention du médecin sur elle

Malgré ces signes locaux négatifs, M. Muller pense que l'état de la malade, depuis quatre jours, est sous la dépendance de cette tuméfaction, qu'il s'agit là d'une hernie étranglée à signes locaux frustes et qu'il y a lieu de pratiquer, non une laparotomie, mais une kélotomie. Le diagnostic exact du siège reste hésitant : la tuméfaction siège à la partie interne du pli de l'aîne, mais on ne peut affirmer si elle siège au-dessous ou au-dessus de l'arcade crurale, s'il s'agit, en somme, d'une hernie inguinale ou d'une hernie crurale.

On a cependant plutôt l'impression démentie par l'intervention, qu'il s'agit d'une hernie crurale.

Intervention : incision verticale légèrement oblique en haut et en dehors; les téguments incisés, on reconnaît que la tuméfaction ne siège pas au-dessous de l'arcade de Fallope et qu'il n'y a rien vers l'anneau crural. La température siège au niveau du canal inguinal, mais elle est profonde, ne sort pas par l'orifice inguinal superficiel, demeure en arrière de l'aponévrose du grand oblique qui constitue la paroi antérieure du canal inguinal. Ce n'est qu'après l'incision de cette paroi antérieure que la tuméfaction apparaît nettement, au-dessous du bord inférieur du petit oblique et du transverse. Il s'agit bien d'une hernie de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette hernie siège au-dessous et en dedans de l'artère épigastrique. Il paraît ainsi s'agir d'une hernie directe ayant refoulé la paroi postérieure du canal vaginal au niveau du fascia transversalis.

A l'incision du sac, on trouve à son intérieur la convexité d'une anse grêle sans épiploon; cette anse grêle est serrée au niveau du collet du sac et la portion de l'anse saillante dans le sac herniaire est rouge et congestionnée.

Après débridement du collet du sac, l'anse est attirée en dehors; mais cette extériorisation de l'anse se fait avec difficulté : l'anse est retenue par son attache mésentérique et ne se laisse attirer que sur une faible étendue. On se rend compte, de par les caractères physiques de l'anse, qu'elle appartient à la partie terminale du grêle. D'autre part, la zone étranglée répond à la convexité de l'anse sur une longueur de deux travers de doigt; il s'agit d'un pincement latéral, mais d'un pincement latéral allant jusqu'au bord mésentérique, comprenant par conséquent toute la circonférence de l'intestin. Le segment étranglé est d'un rouge vif, ses parois sont épaisses; il n'y a pas de plaque suspecte; il ne présente que des lésions de congestion, pas très accentuées d'ailleurs, n'allant pas au rouge noir.

Réintégration de l'anse. Fermeture du collet du sac par un catgut. Résection du sac. Réfection des parois. Suites opératoires des plus simples. Cessation de douleurs abdominales, des vomissements, du météorisme. Réapparition des ma-

tières et des gaz. Cicatrisation de la plaie en huit jours. La malade quitte l'hôpital guérie, au bout de quinze jours. Il n'y a eu d'autre part aucun incident ni alerte du côté de sa grossesse qui continue à évoluer normalement.

OBSERVATION LV

Hernie obturatrice étranglée chez une femme enceinte, âgée de 29 ans. — Réduction par le taxis.

(HEYFELDER, in *Deutsche Klinik*, n° 48, 1851, p. 520.)

M^{me} Stellweg, 29 ans, enceinte de cinq mois et ayant eu il y a trois ans une hernie gauche, se leva un beau matin avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Douleur augmentant à la pression, vomissements, constipation. Cependant elle urinait.

Tous ces phénomènes duraient depuis douze heures, lorsque nous fûmes appelés. Nous trouvons à la région correspondant au trou ovale une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, tendue et arrondie, la région crurale du même côté est libre. Les douleurs s'irradient vers la région hypogastrique. On la chloroforme, et nous pratiquons avec succès le taxis, par une pression continue exercée avec les doigts des deux mains. Le collet du sac était extraordinairement large, sa largeur était au moins de 2 centimètres, il était limité en haut par l'os pubien et en bas et en dehors par la membrane obturatrice.

Aussitôt après la rentrée de l'intestin, la malade eut une selle et les accidents cessèrent. On lui ordonna de porter un bandage comme dans le cas de hernie inguinale, seulement d'après le système de Cooper. Nous pensons que cette hernie devait être constituée et par l'intestin grêle et par l'épiploon. Celui-ci à cause du volume de la tumeur, celui-là à cause des vomissements, de la constipation et de la selle qui suivit le taxis.

OBSERVATION LVI

Hernie périnéale.

(COOPER. — Obs. 331, extraite de l'ouvrage de Smellie, intitulé : *Cases of Midwifery* 8, p. 132, obs. 5.)

Smellie fut appelé auprès d'une femme qui cinq semaines environ avant le travail, avait vu qu'une tumeur de cette région, jusque-là réductible, augmentait à un point tel, qu'elle était devenue en ce moment tout à fait irréductible. Smellie trouva la malade dans un état de profonde anxiété; la tumeur était livide, sa circonférence offrait une teinte d'un rouge vif. La malade était couchée sur le côté, et lorsqu'on la plaça sur le dos, pour examiner la tumeur, celle-ci se rompit à sa partie moyenne, lieu dans lequel la peau était très amincie.

Cette ouverture donna issue à environ une cuillerée de pus, mêlé avec du sang, et ensuite à un liquide clair, de couleur grisâtre, qui sortit en quantité d'une demi-pinte.

La malade s'écria que l'intestin était remonté et qu'elle n'éprouvait plus aucune douleur.

Elle se rétablit, atteignit le terme de sa grossesse et fut accouchée par M. Tomkins. Quelques mois après sa délivrance, elle vit le docteur Seins qui reconnut que la hernie était réduite et que la plaie paraissait cicatrisée, bien qu'un léger ichor continuât à suinter par une petite fistule.

Cinq mois après cette époque, la hernie se reproduisit et comme la malade était de nouveau enceinte, la hernie, pendant la durée de la grossesse fut réduite à plusieurs reprises par un élève de Smellie qui lui-même accoucha cette femme avec succès.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies sont rares chez la femme enceinte, leur étranglement tout à fait exceptionnel (55 observations, dont 1 personnelle).

II. — Les hernies sont plus fréquentes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, la grossesse et l'accouchement favorisant leur apparition.

III. — Les hernies inguinales sont plus fréquentes que les hernies crurales ou ombilicales.

IV. — La hernie n'a pas d'influence fâcheuse sur la marche de la grossesse.

V. — Parmi les hernies qui donnent des accidents, ce sont les hernies crurales qui sont le plus souvent le siège d'une complication : irréductibilité, étranglement. D'après les statistiques, les hernies crurales s'étranglent pendant les premiers mois de la grossesse (3^e mois); les inguinales de même (3 à 4 mois). Les hernies ombilicales s'étranglent dans la seconde moitié de la grossesse, et principalement chez les multipares (8^e mois).

VI. — Les hernies crurales, inguinales, si elles ne se réduisent pas spontanément pendant la grossesse seront maintenues par un bandage dans la plupart des cas; de même, les hernies ombilicales qui se réduisent moins

fréquemment. Les hernies douloureuses et irréductibles doivent être opérées, à cause des dangers d'étranglement.

VII. — L'étranglement demandera l'intervention immédiate.

Vu :

Le Président de la Thèse,

FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNISSON. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1870.
- ASTLEY-COOPER. — *Œuvres chirurgicales*, Chassaignac et Richelot, 1837.
- BÆKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1894-95.
- BERTHOD. — *Gazette médicale de Paris*, 1886.
- BERGER. — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. VI.
- BLANDIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1840.
- CANTON. — *The Lancet*, August, 1858.
- COTHERILL. — *Trans. of the med. and surg. Society of Edimbourg*, 1889.
- COCK. — *London Med. Gazette*, 1846.
- COHNSTEIN. — *Sammlung klinische Vorträge*, n^{os} 55, 59.
- DESGRANGES. — *In Valette cliniq. chirurg.*
- FISCHER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1898.
- GUISINI. — *The provincial med. Journal*, 1893.
- GAUDIER. — *Revue de Chirurgie*, 1894, n^o 10.
- HEYFELDER. — *Deutsche Klinik*, n^o 48, 1851.
- ICARD. — *Lyon médical*, t. XII.
- P. JOHN. — *The London med. and surg. Journal*, juin 1837.
- JOLLIVET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1865.
- JONES. — *The Lancet*, 1887.
- MULLER. — *Hernies étranglées*, *Lyon chirurgical*, t. VI, n^o 5.
- LANGE. — *Traité d'accouchements*.
- MASSOT. — *Thèse de Paris*, 1873.
- P. HEWETT. — *Lancet*, 1859.
- PANTALONI. — *Hernies et grossesse*, thèse de Montpellier, 1912.
- PERRICHOT. — *Thèse de Strasbourg*, 1869.
- ROBSON. — *British. medical Journal*, 1889.
- DE RYCKER. — *Thèse de Lille*, 1900.
- SENCERT. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1904.
- SCANZONI. — *Traité d'accouchements*.
- B. SCHMIDT. — *Med. und chirurg., Geburt*, 1867.
- SINTENIS. — *Centralblatt für Gynecologie*, n^o 9.
- SYDNEY Jones. — *Lancet*, 1882.
- THOMAS. — *Gazette des hôpitaux*, 1872.
- VALLON. — *Thèse de Nancy*, 1904.
- VINAY. — *Traité d'accouchements*.
- V. WYCK. — *Ohio med. and surg. Journal*, 1876.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Rôle de la grossesse dans la formation des hernies; leur rareté pendant la grossesse	12
CHAPITRE III. — Influence de la grossesse sur les différentes sortes de hernies.	18
CHAPITRE IV. — Complication des hernies	23
CHAPITRE V. — Gravité. — Pronostic	30
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	103
TABLE DES MATIÈRES	104

